

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 35

LA

Syphilis de la Prostate

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Henri-Edouard-Pierre VERPRAT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à LAFORCE (Dordogne), le 4 octobre 1909.

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur.....	Président
BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
PAPIN, professeur.....	
JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 35

LA

Syphilis de la Prostate

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Henri-Edouard-Pierre VERPRAT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à LAFORCE (Dordogne), le 4 octobre 1909.

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur.....	Président
BÉGOVIN, professeur.....	Juges.
PAPIN, professeur.....	
JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Orinopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON.
id..... Clinique dentaire			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

TUÉ A L'ENNEMI (1914-1918).

A MA MERE

A MA FEMME

A MES GRANDS-PARENTS

A MA BELLE-MERE

A MA SOEUR

A MES BEAUX-FRERES

A MA NIECE

A MONSIEUR ET MADAME GRUVEL

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.
Croix de guerre,*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de ce travail.

La Syphilis de la Prostate

INTRODUCTION

Si la prostate peut être le siège d'affections les plus diverses, la syphilis, en revanche, y passe pour tout à fait exceptionnelle, et il est d'importants traités des maladies de la prostate, même parmi les plus complets et les plus érudits, qui ne lui accordent que quelques lignes ou la passent même sous silence; en outre, les cas relevables dans la littérature de tous les pays depuis la connaissance de cette affection ne dépassent sûrement pas la cinquantaine, tous rassemblés.

Est-ce à dire que la syphilis de la prostate est une trouvaille clinique sans intérêt?

Est-ce à dire qu'on a le droit de l'ignorer et de la laisser de côté?

Nous ne le croyons pas, et ceci pour les raisons suivantes :

En premier lieu, cette lésion est-elle, en fait, aussi rare qu'on se plaît à le dire ou qu'on le croit en général?

Des voix aussi autorisées que celles de Lancereaux, Péan, Jullien, Fournier, Desnos, Brandford Lewis, Druelle, Cohn, Legueu, Marion, et tant d'autres, se sont toutes élevées pour

dire absolument le contraire, pour affirmer fortement que cette manifestation de la syphilis est seulement très souvent méconnue, d'où son peu de diffusion; qu'aucune raison sérieuse ne peut exister d'une immunité absolue de cet organe vis-à-vis de la syphilis, alors qu'elle se rencontre si fréquemment dans tous les autres organes parenchymateux.

Peut-être le siège profond et caché de la prostate suffit à faire comprendre comment ses lésions spécifiques ont pu nous échapper jusqu'à ces derniers temps, ses signes se confondant tantôt avec ceux d'une banale prostatite chronique, tantôt avec le carcinome de cette glande.

D'autre part, avec Comolli, nous savons « qu'une telle lésion, au moins pour un certain temps, peut ne donner aucun signe de son existence, elle peut même continuer dans ces conditions, elle peut enfin guérir à la suite d'une cure spécifique déterminée par des localisations à un autre siège ». Enfin, il est de toute évidence que les observations vont se multipliant depuis que l'attention sur ce point est éveillée et que les méthodes de laboratoires aident le diagnostic.

Du reste, même si la syphilis de la prostate était en fait une telle rareté, il est à notre avis quelque chose qui lui donne quand même une importance capitale, qui nous fait un véritable devoir de l'étudier, de la connaître, de pouvoir à tout moment la déceler, et ceci c'est l'intérêt supérieur du malade, c'est d'éviter la terrible erreur de diagnostic qui amènera ce malheureux à des mutilations, comme il faillit arriver au malade de Desnos, alors que quinze jours de traitement sans risques, sans souffrances, le guériront radicalement. C'est un peu dans ce but et dans cet espoir que nous nous efforcerons, au cours de ce modeste travail, de résumer clairement la question, d'en donner une idée précise à la lumière des quelques observations les plus typiques, les plus probantes, d'attirer enfin tout simplement l'attention sur la syphilis de la prostate, car être convaincu de sa possibilité, c'est déjà avoir fait un grand pas dans la voie de son diagnostic.

Pour la clarté de notre travail, nous diviserons celui-ci en cinq chapitres :

CHAPITRE I : *Historique.*

CHAPITRE II : *Observations.*

CHAPITRE III : *Etiologie, pathogénie, anatomie pathologique.*

CHAPITRE IV : *Symptomatologie, évolution, pronostic.*

CHAPITRE V : *Diagnostic et traitement.*

Nous insisterons tout particulièrement sur le chapitre du diagnostic, qui est le point capital de la question.

Nous chercherons à condenser les connaissances éparses qui ont été publiées à son sujet, espérant ainsi que notre modique contribution pourra aider un peu à vaincre la difficulté d'un diagnostic si délicat et si important.

A ces cinq chapitres, nous joindrons un très court exposé de nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Malgré son apparente rareté et l'indifférence où la tiennent la plupart des traités, on constate que la syphilis de la prostate est connue depuis fort longtemps, qu'elle a été observée et rapportée, par des maîtres qui faisaient et font encore autorité en urologie et en vénérologie, et que, précisément, à mesure qu'on a été orienté vers elle, cette localisation s'est rencontrée de plus en plus souvent, son étude et son diagnostic ont été plus poussés, plus précis, plus aisés aussi. C'est là le premier enseignement que nous pouvons tirer de son histoire.

Les trois premiers cas de syphilis de la prostate rapportés dans la littérature remontent à l'époque lointaine où régnait encore une complète confusion entre les diverses affections vénériennes : le premier cas, peu clair, sans grande valeur, que nous ne ferons que mentionner, a été publié par Rattier, en 1836, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, et les deux suivants, plus évidents, décrits par Ricord, en 1851, dans son *Traité des maladies vénériennes* (Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens, planche VIII). Il s'agissait de deux malades porteurs de lésions syphilitiques tertiaires de la verge qui moururent à la suite de symptômes urinaires graves (difficultés mictionnelles depuis plusieurs années, hématuries terminales, pus abondant dans les urines, fréquence et douleurs extrêmes pendant de longues périodes). Tous deux avaient un mauvais état général, de la fièvre. L'un d'eux, âgé de 48 ans d'ailleurs, était porteur de lésions pul-

monaires du sommet, et ils succombèrent dans l'hecticité et un état de cachexie extrême.

A ces observations est annexée une planche en couleurs qui représente des lésions syphilitiques : chez l'un, ulcération circulaire végétante du méat; chez l'autre, couronne du gland ulcérée et saignante. Enfin, Ricord avait pratiqué des inoculations sur la cuisse du malade avec du pus urétral, inoculations qui donnèrent lieu à une ulcération syphilitique.

Nous retrouverons la description macroscopique des lésions urétrales prostatiques et vésicales au chapitre de l'anatomie pathologique.

Certes, ces deux observations ont été très discutées, et l'on a fortement contesté l'origine syphilitique des lésions relevées et décrites par Ricord. Desnos, notamment, a fortement battu en brèche les deux cas de cet auteur, estimant qu'il s'agissait simplement de lésions tuberculeuses généralisées de la vessie, de la prostate et de l'urètre. D'après lui, en effet, les lésions syphilitiques existeraient, certes, mais une syphilis contractée longtemps après l'apparition des symptômes de dysurie et de suppuration urinaire, à un moment où la tuberculose avait déjà produit des lésions importantes.

Cependant, d'autres auteurs, surtout étrangers, continuent à considérer les deux cas de Ricord comme authentiques; aussi, dans le doute, conviendrait-il, croyons-nous, d'observer une certaine circonspection, d'autant plus que l'autorité incontestée de Ricord en la matière nous autorise sans doute à les prendre en considération.

Les autres observations sont beaucoup plus récentes, et nous ne trouvons ensuite qu'en 1894 Wroczynski (*Medycyna Warszawa*, 1894) et qu'en 1895 le cas de Reliquet : une prostatite qui aurait guéri après un traitement mercuriel et qu'il rapporte à la syphilis. Mais, comme le fait remarquer Desnos, ici on ne sait pas sur quelles données l'auteur a basé son diagnostic étiologique, les symptômes (hématuries, douleurs terminales, suppuration, déférentite et épидidymite double)

étant plutôt ceux d'une prostatite tuberculeuse. Les symptômes syphilitiques constatés sur le malade sont ceux de la période secondaire (éruption papuleuse, chute des cheveux, manifestations précoces de syphilis). Or, l'auteur n'a observé ces phénomènes que *de nombreux mois* après que la prostatite avait été constatée et traitée. Il semble donc que le malade a contracté la syphilis pendant l'évolution de la prostatite. D'autre part, Jullien avait d'ailleurs déjà élevé les plus expresses réserves sur la valeur de cette observation, ainsi que Fournier, qui cite les points faibles suivants : « Le traitement mercuriel n'a pas été exclusivement employé, car en même temps on fit au malade des injections de nitrate d'argent, très efficaces dans les écoulements chroniques de l'urètre. Plus tard, le malade alla deux fois à Luchon. Puis Reliquet ne mentionne aucune des modifications que le traitement a pu amener au niveau de la prostate. Donc, incertitude de résultat. »

En 1897, Rochon, dans la *Médecine moderne*, publie une observation d'abcès prostatique à évolution aiguë, abcès concomitant avec un abcès profond de la fesse : ce dernier disparaît sous l'influence du traitement spécifique, affirmant ainsi sa nature syphilitique; les lésions prostatiques stationnaires jusque-là rétrocedent et guérissent rapidement. « Il semble donc indubitablement, conclut Rochon, que cette lésion était également d'origine syphilitique. » Dans la même année, nous citerons la publication de Gros-glieck dans la *Wiener Medical Press*, qui fut reprise par Fournier dans son *Traité de la syphilis* (1901) avec une autre observation de Divaris.

En 1902, à l'Association française d'urologie, Le Fur rapporte un cas d'ulcération syphilitique de la vessie, occupant le trigone, en rapport avec des bosselures volumineuses de la prostate très augmentée de volume. Le symptôme principal consistait en hématuries répétées, dont quelques-unes très abondantes. Il s'agit à peu près sûrement de lésions prostatiques syphilitiques envahissant secondairement le trigone.

En 1903, Duhot fait une communication dans les *Annales de la polyclinique centrale de Bruxelles* sur un cas de syphilis unilatérale du testicule, du cordon, de la prostate et de la vésicule séminale. Puis, chronologiquement, de plus en plus, les cas rapportés se font nombreux et présentent des caractères de précision, d'authenticité, d'indiscutabilité, à mesure que les tests permettant de conclure à la syphilis de la prostate se faisaient mieux définis :

Ce sont les observations de Drobny dans la *Med. Obozr. Mosk.*, 1906; Power (*System. of Syphilis*, London, 1908), Koudintzew, dans la *Vratchebnaia Gazeta*, 1909, cité également par la *Semaine médicale*, 1909; Desnos, à l'Association française d'urologie, 1911, avec deux belles observations, faisant l'historique critique de la question et posant le premier les indications et les exigences précises pour poser un diagnostic ferme et indiscutable de syphilis prostatique. Dans la même séance, Desnos rappelle les observations de Franck (*Complications prostatiques consécutives à syphilis de la vessie*) et de Jungano, tout à fait probantes.

Nous trouvons ensuite Abner H. Cook (*Interstate Medical Journal*, 1912), Hess, Rusch (*Medical Record*, 1913), Wright (*The urologic and cutaneous Review*, 1914), Ulrich (*Revista Assoc. Medic. Argentina*, 1915), Ravogli (*The Urologic and cutaneous Review*, 1916), Portillo (IV^e Congrès de l'Association espagnole d'urologie, 1917), Cohn (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1918), et enfin Thompson (*American Journal of Syphilis*, 1920) qui fait une revue générale de la question, relevant 24 observations publiées, dont il ne conservera que 12 cas absolument authentiques.

Il est à remarquer que, dans tous ces cas, sauf ceux de Ricord, l'examen anatomo-pathologique manque absolument, et qu'en dehors d'un examen clinique extrêmement attentif et poussé, le diagnostic de nature est basé uniquement sur l'influence favorable du traitement spécifique.

Au contraire, dès 1921, Warthin, dans l'*American Journal of Syphilis*, nous présente un rapport d'autopsie avec quatre

planches, complété par l'examen microscopique des lésions. En 1922, cas de Mac Donagh, de Fernandez et celui plus important de Noguès. En 1924, c'est l'étude si intéressante et si nouvelle de Starry (*American Journal of Syphilis*), qui, après une étude clinique et un diagnostic d'hypertrophie de la prostate, suivie de prostatectomie, s'aperçoit à l'examen microscopique qu'il est en présence d'une syphilis de la prostate absolument typique, et cette erreur de diagnostic nous a permis d'avoir les renseignements anatomo-pathologiques les plus précis et les plus évidents sur cette localisation. Après lui, nous ne ferons qu'une brève mention des auteurs toujours plus nombreux qui contribuèrent par leurs observations à perfectionner le cadre clinique déjà constitué : c'est Bruno Guido, en 1924, dans les *Archives italiennes d'urologie*. C'est Salleras, en 1925, dans la *Semana Medica* de Buenos-Aires, qui, en plus d'un cas personnel, nous apporte un résumé pathologique de la question. En 1926, Cohn, publiant deux nouvelles observations, base une autre étude d'ensemble sur 22 cas. Puis Pini (*Archives italiennes de dermatologie et de syphiligraphie*), en 1927; Valerio (*Arch. Bras. de Medec.*, 1928), Riba, la même année, dans l'*American Journal of Syphilis*; Catano, en 1929 (*Revista de Especialidades*); Luque, et enfin Comolli, qui, dans les *Archives italiennes d'Urologie*, complète les études précédentes, recueillant 44 cas publiés « beaucoup en France, nous dit-il, quelques-uns dans les autres pays, peu, mais récemment en Italie; tous cependant ne peuvent servir pour ce travail ». La dernière observation en date paraît celle de Picinelli-Bissi (décembre 1931).

Dans notre travail, nous citons une observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey et nous tenons à signaler également qu'à la fin de l'année 1932 la Société de chirurgie de Bordeaux a reçu communication, par MM. Blanchot et Aubertin, d'un cas assez particulier, où, dans un adénome prostatique énucléé, on se trouvait en présence d'une formation inflammatoire pouvant faire penser à un syphilome :

Il s'agissait d'un homme de 61 ans, syphilitique avéré et sérieusement traité ces derniers temps à la suite de manifestations spécifiques vasculaires. Il présentait des troubles urinaires résultant de toute évidence d'une hypertrophie prostatique; à noter cependant des hématuries très fortes. Cystostomie, puis prostatectomie. En examinant la prostate enlevée, on voit qu'elle est volumineuse (75 grammes), lobe moyen surtout, et, à la partie médiane, on trouve une sorte de nodule du volume d'une grosse cerise, bien limité, nettement encapsulé, facilement énucléable. L'examen histologique, pratiqué par M. Bonnard, montrait au milieu d'une structure classique d'adénome prostatique une partie bien limitée présentant des lésions de type inflammatoire indéterminé.

En somme, aucun élément pour porter un diagnostic de nature. La syphilis demeure donc extrêmement discutable, l'épreuve du traitement faisant défaut par ailleurs. Il nous a paru intéressant, néanmoins, de rapporter ici ces faits, étant donné le problème que pose un cas si douteux et pour illustrer un peu les difficultés auxquelles on se heurte dans le diagnostic d'une telle affection. Au cours de la discussion qui suivit cette communication, M. le Professeur Duvergey dit combien il est difficile et délicat d'affirmer scientifiquement un diagnostic de syphilis de la prostate, et il rapporte un autre cas personnel :

« Un homme de 45 ans, à Bordet-Wassermann positif, présentant des troubles dysuriques. Le toucher rectal montrait une tuméfaction diffuse des régions prostatiques et périprostatiques. Le traitement d'épreuve fit tout disparaître en un mois. La prostate était redevenue perceptible et normale. »

Notre historique ne serait pas complet si nous passions sous silence les différents traités et monographies qui, plus ou moins, ont mentionné la syphilis de la prostate.

Si von Frisch ne l'a pas signalée dans son ouvrage : *Die Krankheit der Prostata*, par contre Choltzoff lui a consacré un chapitre dans son *Etude sur les maladies et lésions de la*

prostate. Quelques détails appuyés de trois observations dans Fournier (*Traité de la syphilis*). Quelques lignes dans Legueu (*Traité clinique d'urologie*) et dans Marion (*Traité d'urologie*).

Druelle, dans l' *Encyclopédie française d'urologie*, rédige le chapitre de la syphilis de la prostate, nous donnant un ensemble assez net de la question, mais divisant son sujet en syphilis secondaire et en syphilis tertiaire, ce qui ne semble pas correspondre, nous le verrons plus loin, à une réalité clinique.

Précédemment, Lancereaux avait dit que, parmi les nombreuses tumeurs dont la prostate est le siège, certaines pouvaient bien provenir de la syphilis. De même, Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, (1885), croit que la situation profonde de la prostate est cause que l'on n'ait pas signalé plus souvent de lésions spécifiques de cette glande. Jullien (*Traité des maladies vénériennes*), estime également que les lésions syphilitiques de la prostate sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Bradford Lewis pense que si l'on se trouve en présence de quelques formes obscures de lésions prostatiques il peut arriver que l'on ait affaire à des lésions syphilitiques de cet organe.

Mais en fait, comme on le voit, ce chapitre de la pathologie urinaire a été jusqu'ici tout à fait négligé, et, comme le disait Marion en 1928, l'histoire de l'affection est encore toute entière à faire. Espérons que bientôt cette lacune sera comblée et que cette localisation de la syphilis se trouvera à sa vraie place à côté de la tuberculose et du cancer de la prostate.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas l'intention de rapporter ici toutes les observations parues sur notre sujet. Leur nombre, estimé à 44 par Comolli en 1930, ne doit pas être loin d'atteindre actuellement la cinquantaine avec les cas publiés depuis et les omissions qu'il avait faites. Toutes ces observations n'ont pas la même importance, ni les mêmes valeurs d'authenticité, aussi, à l'appui de notre observation princeps, qui provient du service de notre maître M. le Professeur Duvergey, nous ne citerons que les plus typiques, surtout les plus récentes, afin d'éviter une répétition inutile, qui, à la longue, n'est plus que fastidieuse. De la plupart des observations non citées ici, il a été dit quelques mots d'ailleurs dans notre historique.

A la lumière de ces faits, nous essaierons ensuite de dégager les grandes lignes du complexe pathologique qu'est la syphilis de la prostate et d'en tirer quelque notion utile pour la pratique clinique.

OBSERVATION I.

M... (Louis), 74 ans, entre dans le service du Professeur Duvergey, le 17 février 1928 pour troubles dysuriques ayant débuté il y a deux ans environ. Pollakyurie assez marquée pendant le jour et la nuit, parfois gêne de la miction et rétention incomplète d'urine, de sorte que le malade est obligé de se sonder deux fois par jour. Quelquefois sang dans les urines.

Troubles de la défécation concomitants, depuis deux ans environ, alternatives de diarrhée et de constipation.

Matières parfois laminées, parfois vrillées, avec sang rouge. Etat général peu touché.

Examen. — Toucher rectal : grosse tumeur au niveau de la région prostatique prédominant surtout en haut, intéressant le bas-fond vésical.

Cette tumeur est de consistance élastique, mais irrégulière de surface; elle paraît fuser vers les fosses ischio-rectales. La muqueuse rectale paraît lisse au-dessus d'elle, sans être intéressée par elle. Elle fait saillie dans la lumière du rectum, l'oblitérant presque.

Bordet-Wassermann négatif.

Cystoscopie : vessie de capacité réduite avec des urines très troubles. La région du trigone est surélevée, irrégulière, avec de l'œdème bulleux. Toute la vessie est rouge et présente quelques ulcérations. En somme, cystite aiguë avec prédominance d'œdème bulleux très marqué dans le bas-fond.

Cet ensemble ne cadrant avec rien et son origine restant extrêmement douteuse, le Professeur Duvergey porte le diagnostic de syphilis de la prostate avec périprostatite.

En effet, on institue un traitement au cyanure de mercure (1 ctg. par jour) et, le 5 mars 1928, après 12 injections intraveineuses de cyanure, toutes les lésions ont disparu, le malade ne ressent plus aucun trouble urinaire.

Exeat le 6 mars 1928, renvoyé en bonne santé dans sa famille.

OBSERVATION II.

(GROSGLICK, *Wiener Med. Press.*, 1897.)

Homme 43 ans, ancien syphilitique et blennorrhagique.

Actuellement, douleurs périnéales et gêne de la miction avec besoins fréquents, douloureux, avec un certain degré de ténésme rectal et la sensation d'un corps étranger dans le rectum.

Au toucher, une énorme tumeur dans la paroi antérieure du rectum et correspondant à la prostate.

Du volume du poing, immobile, très dure, inégale, fort doulou-

reuse au toucher, sa limite supérieure ne se laissait pas atteindre par le doigt.

Pas de fluctuation, pas de rétrécissement de l'urètre. Une sonde de Nélaton, n° 19, passait sans obstacle jusque dans la vessie. Quand on la retirait, au moment où le bec franchissait la portion prostatique il s'écoulait quelques gouttes d'un liquide épais, sanguinolent.

Sous l'influence d'un traitement mixte, la prostate se mit à diminuer rapidement, et, au bout de quatre semaines, elle avait repris son volume normal. Quelques mois après, il se produisit une récidive qui céda rapidement à une même thérapeutique.

OBSERVATION III.

(M. DIVARIS et FOURNIER, *Traité de la syphilis*, 1901.)

Syphilis de la prostate simulant tuberculose. Malade 34 ans. La fréquence des mictions, surtout nocturnes, empêche le sommeil. Douleurs vives, écoulement urétral, dysurie, ténésme. A la fin de chaque miction, l'urine est mêlée de sang.

Le toucher rectal révèle une prostate augmentée de volume, mais sans noyaux. On croit avoir affaire à la tuberculose de la prostate.

Le traitement : huile de foie de morue, instillations au sublimé, lavages au nitrate d'argent, ne donne aucun résultat.

Bien que le malade se défende d'avoir eu la syphilis, on le soumet empiriquement au traitement spécifique (injections au bi-iodure de mercure et à l'iodure de potassium, 5 grammes).

Un mois plus tard, il est complètement guéri.

OBSERVATION IV.

(Bruno Guido, *Arch. Ital. di Urolog.*, 1925.)

Homme de 36 ans. Depuis deux mois, mictions fréquentes et difficiles nuit et jour, douleur le long de l'urètre pénien; enfin, rétention complète avec 800 cm³ d'urine extraits à la sonde. Vessie

qui arrive presque à l'ombilic; urètre de calibre normal. Prostate transformée en nodule gros comme un œuf, irrégulière, très dure, semblant soudée à la symphyse et très développée en bas, le lobe gauche plus que le droit. Palpation indolente. Pas de blennorrhagie. Ulcère à peine traité vingt-deux ans avant. Bordet-Wassermann nettement positif.

Diagnostic de néoplasme. On pratique cependant une cure anti-syphilitique et des sondages.

Après trois mois, guérison complète. Le malade a augmenté de 8 kilos, miction normale, urine limpide, résidu nul. La prostate forme une petite élevation à peine perceptible, de consistance normale.

OBSERVATION V.

(M. KOUDINTZEW, *Vratchebnaia Gazeta*, 1909.)

Homme de 61 ans, avec tous les signes d'hypertrophie de la prostate (lobes latéraux et en particulier du lobe droit). Cystite, dysurie, etc.

Cet homme refuse toute intervention et quitte le service pour aller aux eaux.

Or, au bout de six mois, revenant pour sa cystite, on est surpris de voir les phénomènes de dysurie complètement disparus et que le lobe droit a subi une telle diminution de volume qu'il n'est pas plus gros que le lobe gauche.

L'interrogatoire donne le mot de l'énigme en révélant que le malade était un ancien syphilitique, maintes fois traité par les bains sulfureux, et que cette fois encore il avait fait une cure du même genre associée au traitement spécifique interne.

OBSERVATION VI.

(M. KOUDINTZEW, *Vratchebnaia Gazeta*, 1909.)

Homme de 59 ans. A des mictions fréquentes et douloureuses. Habitus rappelant la cachexie cancéreuse.

L'examen révèle une légère augmentation de volume des lobes

latéraux avec hypertrophie considérable du lobe moyen gros comme un œuf de pigeon et saillant dans la vessie.

Chose curieuse, le toucher rectal et l'exploration de la vessie ne provoquaient que des douleurs insignifiantes, alors que, dans l'hypertrophie sénile, ces manœuvres sont très douloureuses.

L'amaigrissement du malade pouvait bien faire soupçonner un cancer, mais cet homme ayant contracté la syphilis à 23 ans, on s'arrêta au diagnostic de gomme syphilitique du lobe moyen.

Effectivement, le traitement spécifique amena, dans les trois mois environ, une amélioration considérable. Un an après la cure, les urines redeviennent normales, la vessie se vidant complètement. Les mictions sont de 6 à 8 par vingt-quatre heures, et l'exploration ne révèle qu'une légère augmentation des lobes latéraux et du lobe moyen.

OBSERVATION VII.

(M. KOUDINTZEW, *Vratchebnaïa Gazeta*, 1909.)

Homme de 62 ans. Depuis quelques mois, envies fréquentes jour et nuit. Urines troubles et alcalines. Globules de pus, hématies isolées et épithélium vésical dans le sédiment, mais pas d'éléments néoplasiques. L'urètre laissait librement passer une bougie n° 24 de la filière Charrière. La portion prostatique de l'urètre était allongée et quelque peu recourbée.

Cathétérisme relativement peu douloureux.

Au toucher rectal, le lobe droit est bosselé et deux fois plus volumineux que le lobe gauche.

Examen cystoscopique. — Cystite du fond de la vessie avec présence, dans la région du trigone, à un centimètre de l'embouchure de l'uretère droit, d'une ulcération irrégulièrement arrondie, à bords découpés, dont le plus grand diamètre mesurait environ 1 centimètre.

L'absence de polyurie, la fréquence égale des besoins d'uriner jour et nuit, l'augmentation unilatérale du volume de l'organe, plaident contre l'hypertrophie sénile.

D'autre part, l'hypothèse du cancer n'était guère plausible, tant

en raison du peu de douleur au cathétérisme qu'à cause de l'absence d'hémorragie et malgré les ulcérations vésicales. On pouvait donc supposer avoir affaire à un processus gommeux localisé à la prostate et à la vessie. Encore que le malade niât tout antécédent syphilitique, on n'en institua pas moins une cure spécifique, et les résultats du traitement ne tardèrent pas à confirmer le diagnostic.

Au bout de six mois, l'ulcération vésicale était guérie, le volume de la prostate était normal, les mictions régulières, sans douleurs.

OBSERVATION VIII.

(M. KOUDINZTEW et FRENKEL, *Semaine médicale*, 1909.)

Homme de 37 ans. Prostatite gommeuse du lobe droit. Cet homme nie la syphilis comme le précédent, mais l'absence de polyurie, le caractère partiel de l'hypertrophie, la sensibilité douloureuse peu prononcée à la cystoscopie, ainsi que certains caractères de l'anamnèse (avortements et morts-nés), militaient en faveur de la syphilis.

De fait, depuis que le patient suit le traitement ioduré, il a vu survenir en trois mois une amélioration considérable. Dysurie disparue. Prostate normale.

OBSERVATION IX.

(M. DESNOS, *Association française d'urologie*, 1910.)

M. H..., 33 ans, ne présente d'autre antécédent morbide qu'un rhumatisme articulaire aigu à 20 ans. Depuis lors, les manifestations rhumatismales en particulier plusieurs poussées de sciatique, dont quelques-unes très rebelles apparurent à intervalles irréguliers.

Une blennorragie à 22 ans se prolonge pendant huit à dix mois et paraît avoir guéri, ou tout au moins le malade ne s'en occupa plus.

A 24 ans, chancre induré, au niveau du frein, suivi d'appa-

rition de roséole, de plaques pharyngées et linguales. Un traitement mercuriel (pilules de Dupuytren) fut institué, poursuivi quelques semaines et suspendu dès que les accidents secondaires eurent cédé. Cependant, six mois après, le malade reprit encore un certain nombre de pilules de Dupuytren.

Aucun traitement pendant deux ans, puis psoriasis qui céda rapidement après un traitement mercuriel.

Depuis lors, le malade prit régulièrement tous les ans de l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour pendant un mois. Rien ne s'était manifesté pendant une dizaine d'années, lorsque se montra, du niveau de la région du maxillaire supérieur gauche, une tuméfaction qui augmenta assez rapidement avant que le diagnostic fut établi; on reprit alors le traitement ioduré à 4 grammes par jour et la tumeur osseuse disparut.

Au mois de mars 1900, je vis pour la première fois le malade qui ressentait depuis plusieurs semaines une gêne vague et mal limitée à la région périnéale; peu après, une légère cuisson apparut au méat au moment de la miction, et enfin un suintement intermittent transparent et limpide. La fréquence du besoin est normale. Le cathétérisme montra que l'urètre, était libre, la traversée prostatique très douloureuse et la boule exploratrice ramena quelques mucosités rougeâtres.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est élargie, un peu saillante, avec bosselures assez grosses, peu douloureuses à la pression, qui ne fait sourdre aucun liquide par l'urètre, sans saillies plus petites dans d'autres points de sa surface.

Les vésicules sont normales. L'urine, limpide en masse, contient quelques filaments courts opaques, assez denses.

Il me sembla être en présence d'une prostatite simple, qui n'était sans doute que le reliquat de l'ancienne urétrite chronique, et, en l'absence presque complète de toute flore microbienne dans les sécrétions, je m'abstins du traitement urétral. Je commençai une série de six massages prostatiques, après lesquels je dus constater une aggravation manifeste des symptômes.

Après deux mois sans traitement, le malade revint sans que les sensations aient diminué ni augmenté, mais le suintement

urétral était plus abondant et la tuméfaction prostatique beaucoup plus volumineuse. Je pratiquai alors des instillations d'acide picrique dans l'urètre prostatique et je vis rapidement diminuer l'écoulement et les bosselures prostatiques. Cela avait lieu au mois de mai, et je n'appris que longtemps après que c'était l'époque où le malade prenait tous les ans de l'iodure de potassium (3 grammes par jour).

Sept ans se passèrent sans manifestations génito-urinaires, mais, pendant ce temps, une tuméfaction osseuse se produisit encore à l'apophyse malaire et céda à un traitement approprié prescrit par le Docteur Balzer.

Il y a dix-huit mois, retour des accidents prostatiques dans des conditions analogues à celles où j'avais vu le malade pour la première fois : prostate large, étalée, mal limitée, avec bosselures grosses et saillantes, rien aux vésicules, urètre libre, traversée prostatique douloureuse, suintement séreux abondant. Les mêmes sensations de gêne douloureuse, parfois de douleur véritable assez intense au périnée, aux aines, s'étaient montrées en même temps; pas de douleurs mictionnelles.

De nouveau, je prescrivis les massages et des instillations qui ne produisent aucun effet. Six semaines après, je constatai non seulement une augmentation dans le nombre et le volume des saillies prostatiques, mais, phénomène plus inattendu, des adhérences assez prononcées de la prostate au rectum, qui n'était plus mobile sur elle. Pendant un mois passé sans traitement, les progrès du mal avaient été très sensibles : la lobulation de la glande avait augmenté, l'adhérence du rectum était complète; on sentait en plus une trainée d'induration remontant au-dessus de la prostate, sur la paroi de l'intestin, dure, inégale. Un chirurgien consulté porta le diagnostic de cancer et proposa l'extirpation du rectum.

Le malade hésita, s'entoura d'autres avis, en particulier de celui du Docteur Pierre Delbet, qui, à un premier examen, aidé d'une exploration rectoscopique, déclara qu'il ne s'agissait pas de cancer. Dans ces conditions, malgré l'incertitude où nous laissait le mode de début et une évolution anormale, de l'iodure de potas-

sium à la dose de 6, puis de 8 grammes par jour, fut instituée. Peu à peu, mais très rapidement, les différents symptômes disparurent, d'abord les saillies de la muqueuse rectale, puis les bosselures prostatiques et le suintement urétral. Cinq semaines après, la prostate avait repris son volume normal, la muqueuse rectale sa souplesse, sauf, au niveau de la prostate, où certaines adhérences existent encore.

Le mode de guérison de ces lésions observées récemment se rapproche trop de celui des accidents que j'avais traités il y a dix ans et qui avaient semblé disparaître à la suite d'instillations; il n'est pas douteux que c'était alors le traitement ioduré suivi à mon insu par le malade qui en avait amené la guérison.

OBSERVATION X.

(M. DESNOS, Association française d'urologie, 1910.)

Homme 40 ans, qui, à l'âge de 25 ans, avait eu une syphilis grave, traitée au moyen de frictions mercurielles par le Docteur Besnier. Quelques manifestations cutanées avaient fait continuer le traitement pendant une dizaine d'années et qui fut négligé depuis lors.

Le malade se présente à moi en janvier 1910 avec les symptômes d'une urétrite postérieure chronique, un suintement muco-purulent intermittent, très sérieux, presque complètement exempt d'éléments bactériens.

Au toucher, prostate d'un gros volume, plus considérable que celui des prostatites chroniques ordinaires : les bosselures sont grosses, dures, sans saillies limitées. Pas d'évacuation glandulaire par massage.

Mictions un peu douloureuses au début et pendant toute la durée sans exacerbation à la fin. Urines troubles dans le premier verre, limpides dans le second. Le malade accuse une gêne persistante dans toute la région périnéale, mal limitée et peu violente, avec élancements intermittents le long de l'urètre jusqu'au méat. Le passage du bol fécal provoque une sensation pénible.

Le traitement par lavages uréthro-vésicaux, amena à peine une diminution de l'abondance de l'écoulement; des instillations de protargol eurent un résultat un peu meilleur, mais éphémère; le nitrate d'argent employé alors produisit une réaction violente qui le fit abandonner.

Après un repos de quelques semaines, le malade revient me voir avec les mêmes symptômes un peu aggravés.

Je pratique le toucher et trouve une prostate encore plus tuméfiée et étalée, et, à gauche, un défaut de mobilité de muqueuse rectale, qui paraissait adhérente. C'est cette particularité qui me mit sur la voie du diagnostic. Je prescrivis l'iodure de potassium à dose de 4, puis 6 grammes par jour.

Quinze jours après, la diminution de la glande était très accentuée. De l'intolérance gastrique fit suspendre le traitement pendant dix jours, puis fut repris ensuite. Un mois après, la prostate avait retrouvé volume et aspect normaux et tous symptômes de prostatite avaient disparu.

OBSERVATION XI.

(Hesse, *Dermatologische Wochenschrift*, 1913.)

Homme de 35 ans. Syphilis contractée neuf ans auparavant, traitée. Nie toute blennorragie.

Il présente une pollakyurie très intense et très pénible (trente à quarante fois par nuit!).

Prostate grosse et dure, présentant sur le lobe droit une tuméfaction de consistance ferme de la grosseur d'une noisette.

Urines claires, mais après le massage présentant un aspect blanc lactescent, dû à la présence de cellules du pus.

Cystoscopie négative.

Bordet-Wassermann positif.

Traitement mixte (Salvarsan et Mercure), amenant prompt disparition des phénomènes douloureux et retour de l'organe à ses dimensions normales.

OBSERVATION XII.

(THOMPSON, *The American Journal of Syphilis*, 1920.)

Homme de 39 ans, syphilitique depuis quinze ans, soigné de façon régulière. Pas de blennorragie.

Il vient pour dysurie.

Le toucher montre augmentation de volume et dureté extrême du lobe droit prostatique. Le massage de cette glande fait sourdre au méat un liquide muqueux de couleur marron.

Par élimination et à cause du résultat positif du Bordet-Wassermann, on porte le diagnostic de syphilis de la prostate.

Traitement arsenico-mercuriel qui fait disparaître la dysurie en huit jours. En même temps la prostate revient à son état normal.

OBSERVATION XIII.

(M. J. O. RUSCH, *Journ. d'urolog. médic. et chirurg.*, 1914.)

Malade de 66 ans, Ecossais, ancien capitaine de navire. Actuellement en retraite.

En 1869, âgé de 24 ans, se trouvant en Chine, il contracta la syphilis pour laquelle il suivit chaque année régulièrement un traitement consistant en mercure et iodure de potassium.

En 1910, il ressentit des troubles de la vue et des vertiges. Il souffrait en outre de céphalées atroces. Le médecin qu'il consulta constata de l'albumine dans son urine, laquelle renfermait sang et pus. Le malade avait une grosse prostate du volume d'un œuf de poule. Il était en outre tourmenté par des besoins incessants d'uriner aussi bien jour que nuit.

C'est à ce moment (octobre 1911) qu'il vint consulter le Docteur Rusch, qui constata une hypertrophie de la prostate. Il voulut pratiquer une cystoscopie, mais l'examen fut impossible à cause de la grande quantité de sang qui vint obscurcir le champ visuel.

Le malade lui ayant avoué qu'il avait eu une syphilis de jeunesse, Rusch pensa à une affection syphilitique de la prostate, très

probablement une gomme, et il soumit le malade au traitement consistant en injections intraveineuses de salvarsan; il en donna six pour commencer, et après la sixième le malade déclara qu'il se trouvait mieux, et qu'il n'était pas obligé de se lever aussi souvent la nuit pour uriner.

Par crainte d'accidents que pourrait causer le salvarsan, on en suspendit l'emploi et on fit une injection dans les muscles de la fesse avec une solution d'iodure double de mercure et de potassium, dissous dans de l'huile de graine de croton.

Mais en présence de la douleur causée par cette solution, le Docteur Rusch, d'après les conseils de quelques-uns de ses confrères, résolut d'employer le néosalvarsan, toujours intraveineux, à la dose de 0,90 ctg. Il en pratiqua 26 à intervalles plus ou moins espacés, et le traitement dura une année. Mais au bout de cette période, il eut la satisfaction de constater que chez le malade tout était rentré dans l'ordre. L'urine ne contenait ni albumine, ni sang, ni pus, la prostate était revenue à son volume normal. Les envies fréquentes disparurent au point que le malade dormait toute la nuit sans être obligé de se lever et que, pendant la journée, il n'avait plus que 3 ou 4 mictions.

OBSERVATION XIV.

(M. F. WRIGHT, *The Urologie and Cutaneous Review*, 1914.)

Malade de 42 ans, bien constitué, qui n'avait aucune lésion pulmonaire ou abdominale, mais qui se plaignait de troubles urinaires et de douleurs à la miction. Ces différentes manifestations avaient engagé un médecin à pratiquer un examen cystoscopique à la suite duquel il déclara au malade qu'il avait cinq ulcérations sur la muqueuse vésicale.

La taille sus-pubienne fut faite, mais on ne trouva aucune lésion.

Le malade se plaignait ensuite de douleurs dans la région lombaire; on pratiqua une néphrotonie qui fit constater l'intégrité de l'organe.

Le malade vint alors consulter Wright, qui pratiqua un examen

rectal, constata que la prostate avait trois fois le volume normal et que le lobe droit était plus gros que le lobe gauche. Pressé de questions, le malade avoua avoir eu un chancre induré dix-sept ans avant. Wright le soumit à un traitement mercuriel à l'aide d'injections sous-cutanées de salicylate d'hydrargyre de 2 centigrammes. Il lui fit prendre en outre 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour, et le malade guérit complètement.

OBSERVATION XV.

(M. JUNGANO, Association française d'urologie, 1911.)

Malade ayant eu une blennorragie mal guérie et une épididymite droite puis gauche un an après. A peu près à la même époque, contracte la syphilis. C'est un an après que Jungano le vit avec une tuméfaction prostatique considérable, véritable plastron étendu jusque sous le bas-fond vésical, des symptômes d'urétrite prostatique intense et la sensation vague de lourdeur périnéale.

Un traitement ioduré intensif eut raison de ces symptômes en vingt jours.

OBSERVATION XVI.

(RAVOGLI, *The Urologie and Cutaneous Review*, 1916.)

Homme de 32 ans, atteint de syphilis récente, qui vient consulter pour mictions fréquentes et douloureuses.

Urines troubles avec filaments et muco-pus.

Urétroscopie : deux ulcérations dans l'urètre prostatique.

Le toucher rectal révèle une prostate augmentée de volume, présentant des nodosités irrégulières à sa surface.

Bordet-Wassermann fortement positif.

Guérison par traitement antisypilitique.

Le même auteur dit avoir observé plusieurs cas analogues où l'urètre prostatique présentait des ulcérations superficielles ou des lésions de type condylomateux ou papuleux.

L'introduction de la sonde était toujours fort douloureuse,

même avec les plus grandes précautions. L'urètre saignait par suite de l'excoriation des granulations qui siègent à la surface des ulcérations. Parfois, il a noté des éjaculations sanglantes.

Les ulcérations peuvent s'étendre jusqu'à la vessie où on les constate à la cystoscopie. Ces ulcérations ouvrent la porte à l'infection du corps de la prostate et il peut en résulter prostatite et abcès.

OBSERVATION XVII.

(COHN, *Berliner Klinisch Wochenschr.*, 1918.)

Homme de 60 ans; syphilis contractée quinze ans auparavant, bien traitée.

Difficultés à la miction, qui, depuis un an, est devenue impossible spontanément, avec difficultés et douleurs à la défécation.

Prostate de volume normal, lobe droit normal, lobe gauche un peu aplati, un peu plus consistant que le droit, se continuant sans nette distinction avec les tissus environnants. Dououreux à la pression. Dans son milieu, trou de la grosseur d'un pois, à contours durs. Rectum mobile et sensible à la pression. A la pression, écoulement aqueux, grisâtre, avec quelques leucocytes et érythrocytes, amas de lécithine et corpuscules prostatiques. A la cystoscopie sur le trigone, spécialement à droite, vaisseaux dilatés. A gauche, au voisinage de la ligne médiane, entre le pli urétral et le méat urétral, trou dans la muqueuse, avec marges nettes, de couleur blanc jaunâtre, en forme d'étoile à trois branches comme l'empreinte d'une sangsue, avec une zone hyperémiée tout autour.

Diagnostic de prostatite gommeuse.

Cure spécifique.

Après six mois, on peut considérer le malade comme guéri, avec persistance de 100 cm³ de résidu.

OBSERVATION XVIII.

(MC. DONAGH, *Brit. M. J. London*, 1922.)

Le cas rapporté ici est unique, car le patient non seulement n'a jamais eu de gonorrhée, mais encore il n'a jamais eu de rapport sexuel.

Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans, présentant un chancre de la région pariétale droite. A mon avis, il s'était contaminé par le port d'une perruque louée.

Le corps était couvert d'une éruption diffuse de syphilides lenticulaires et le patient se plaignait de très fortes céphalées et de douleurs osseuses et articulaires. Enfin, il présentait des troubles digestifs extrêmement marqués.

J'évaluai que l'infection était survenue trois mois et demi avant que je le visse pour la première fois.

Lui demandant d'uriner, je m'aperçus que deux ou trois gouttes de pus apparaissaient avec les dernières gouttes, fait que le patient avait remarqué depuis la quinzaine précédente. Il n'y avait jamais de sang ou d'écoulement au méat, mais l'urine contenait des filaments. Envies extrêmement fréquentes.

En examinant l'urètre, je trouvai une inflammation aiguë de la portion prostatique qui était plus marquée autour de l'ouverture des conduits prostatiques. La muqueuse saignait facilement.

Le toucher rectal révélait un lobe prostatique droit gonflé, de la grosseur d'un œuf de poule. La limite était mal définie. Consistance irrégulière (mollesse à certains endroits, dureté en d'autres). Enfin une bande dure semblait couper le lobe longitudinalement en deux masses.

Après quatre injections intraveineuses d'arsénobenzol, l'urètre et la prostate ensemble revinrent à leur état normal.

OBSERVATION XIX.

(M. FERNANDEZ, *Médec. Ibera*, 1922.)

Homme de 38 ans, a eu huit ans avant une syphilis traitée, nie la blennorrhagie. Difficulté douloureuse à la miction, spécialement au début. Envies fréquentes, surtout le soir; la pollakyurie n'est influencée ni par le repos, ni par la marche. Urines claires, acides.

Une sonde olivaire n° 21 suscite la douleur et trouve un obstacle correspondant à l'urètre prostatique.

La prostate est augmentée de volume, plus au lobe droit, dans lequel on apprécie une base très indurée, quasi ligneuse, et au sommet un point mou qui donne au doigt la sensation de l'extrémité fluctuante d'un furoncle; dans le reste, outre l'augmentation de volume, on constate une zone infiltrée traversée d'autres zones qui apparaissent normales au toucher.

Diagnostic de probable syphilis de la prostate, la symptomatologie ne cadrant pas avec la néoplasie maligne et les autres lésions prostatiques, et le résultat du Bordet-Wassermann étant positif, spécialement après réactivation. Cure mercurio-arsenicale. Après la troisième injection de néosalvarsan disparaît la difficulté à la miction; notable diminution du volume de la prostate et disparition de l'infiltration dans la zone indurée. Au terme de la cure, la prostate est quasi normale et seulement le lobe droit semble plus infiltré et dur à côté du reste. Diagnostic de syphilis gommeuse de la prostate.

OBSERVATION XX.

(M. NOGÈS, *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1922.)

Au mois de novembre 1921, je fus consulté par un homme de 46 ans sans aucun antécédent qui se plaignait de mal uriner depuis le mois de juillet précédent; en outre, deux mois plus tard il avait été pris à la cuisse droite d'une sciatique fort douloureuse.

L'exploration du canal montrait dans la traversée prostatique une sorte d'induration laissant passer une boule 16. Mais la vessie ne se vidait pas et la sonde ramenait 125 grammes d'urine à peu près claire. Le toucher permettait de sentir une prostate qui n'était pas très grosse, mais qui n'avait pour ainsi dire pas de limites et qui se continuait avec les parois du bassin. Au niveau du lobe droit, on sentait deux noyaux très durs dans lesquels était englobée la vésicule séminale.

La cystoscopie montrait une vessie saine, à colonnes, mais il existait une saillie marquée du col vésical à droite. J'étais fort embarrassé, je l'avoue, et tout en ne cachant pas mes hésitations à M. le Docteur Trognon, de la confiance duquel je tenais ce malade, je fis des réserves au point de vue d'un néoplasme.

Je pratiquai quelques séances de dilatations suivies de lavage.

La rétention tomba à 65; la dysurie parut un peu moins grande, mais en réalité l'état local était stationnaire.

Les douleurs de sciatique ayant augmenté, le malade consulta un de nos plus éminents neuropathologistes, qui fit faire une réaction de Bordet-Wassermann, et, sur le résultat négatif, sembla écarter toute idée de syphilis. Il traita, paraît-il, ces douleurs comme une sciatique ordinaire, fit faire des injections à l'huile iodée, mais le malade, qui souffrait beaucoup de cette médication, et qui ne constatait aucune amélioration, se mit entre les mains d'un homéopathe.

Pendant plus de trois mois, je n'entendis plus parler de lui, mais, le 31 mars, il me fait appeler pour une hématurie avec rétention complète. Je le trouve très changé, très amaigri, se plaignant de ne pas avoir, en raison de ses douleurs sciatiques, une minute de repos : il était fébricitant et montait chaque soir aux environs de 38 degrés. Je le sonde très facilement et je le fais entrer immédiatement à la maison de santé où je lui mets une sonde à demeure.

Deux jours plus tard, l'hématurie ayant cessé, je pratique une seconde cystoscopie qui montre cette même saillie du col à droite, mais je constate, en outre, que cette saillie est le siège de bourgeons exubérants et saignant très facilement. Le toucher rectal,

contrairement à ce que je suppose, ne m'en montrait pas de modification très appréciable sur ce que j'avais senti trois mois avant : le volume sensiblement le même et la dureté toujours très grande. Mais, constatation nouvelle, il existait deux ganglions dans la fosse iliaque droite. Cette fois mon diagnostic était ferme : dans mon esprit, il s'agissait sans aucun doute d'un néoplasme prostatique avec généralisation pelvienne.

Ici se place la complication : trois jours après la cytoscopie apparut une douleur dans l'épididyme droit, avec température élevée. Ce fut ensuite le tour de l'épididyme gauche, qui, au bout de quinze jours, présenta un point ramolli qui fut incisé et dont la sérositéensemencée donna des cultures pures de coli. Le malade a complètement éliminé son testicule : il reste encore une petite fistule, mais plus ni douleur ni gonflement.

Les douleurs prostatiques, entre temps, résistant à toute médication et devenant de plus en plus vives, l'état général fléchissant chaque jour, nous décidons, « pour faire quelque chose », sans grande conviction d'ailleurs, d'instituer le traitement spécifique et de faire quelques applications de radium.

Du 5 au 12 avril, je fais 4 piqûres de cyanure, et déjà, à cette date, les douleurs se sont manifestement atténuées. Vers la sixième ou septième piqûre, les ganglions ont diminué de volume, et, à la dixième, toute douleur avait disparu et le sommeil et l'appétit revenaient peu à peu. A ce moment, le toucher indiquait que la prostate n'avait pas sa souplesse normale, mais que ses bords étaient assez mal limités, cependant les deux noyaux du lobe droit avaient complètement disparu. Le malade quitta la maison de santé en mai et le traitement spécifique fut continué à domicile par le médecin traitant.

J'ajoute que, pendant cette période, il lui avait été fait une application de radium qui était de 5 millicuries pendant seize heures.

J'ai revu ce malade la semaine dernière et je l'ai retrouvé engraissé, coloré, ayant toutes les apparences d'une parfaite santé. Il ne souffre plus et mène une vie normale. Du côté de la vessie, tous les troubles ont disparu, il urine une fois par nuit, souvent même pas du tout.

Les urines sont parfaitement claires. Je ne l'ai ni sondé ni cystoscopé, car il m'a demandé de remettre à plus tard ces explorations.

La prostate a un volume normal, une consistance normale, tous noyaux ont disparu. La seule particularité est une certaine difficulté à sentir la vésicule droite.

OBSERVATION XXI.

(STARRY, *An. J. Syph. of Saint-Louis*, 1924.)

Homme de 73 ans qui avait souffert il y a quelque temps d'une paralysie faciale gauche.

Depuis deux ans, difficulté de la miction et douleurs à son début, le tout avec une graduelle aggravation.

Jet amoindri et miction de quelques gouttes, puis rétention quasi complète.

Dans l'urine :

beaucoup d'albumine;

beaucoup de globules rouges et blancs.

Prostate régulière, modérément grossie.

Diagnostic d'hypertrophie prostatique, prostatectomie et rapide guérison avec disparition complète des troubles urinaires.

L'examen microscopique qui suivit et qui affirma le diagnostic de syphilis de la prostate sera étudié ultérieurement en détail au chapitre de l'anatomie pathologique.

OBSERVATION XXII.

, (M. SALLERAS, *Semana Medica*, Buenos-Aires, 1925.)

E... (A.), âgé de 55 ans, nous dit à l'interrogatoire que, depuis un an, il avait commencé à noter de la pollakiurie dans la deuxième moitié de la nuit, accompagnée de pénible dysurie et de douleurs à la fin de la miction. Ces phénomènes, assez passagers

jusqu'à il y a trois mois, empirent soudainement : la pollakurie devient diurne et d'une intensité telle qu'il ne pouvait passer plus d'une demi-heure sans essayer d'uriner, miction qui s'accompagnait de douleurs dans toute sa durée quoique à maximum terminal. La difficulté au début est si intense qu'elle l'obligeait à faire de grands efforts pour émettre les premières gouttes. Dans l'intervalle des mictions, il lui reste une sensation de pesanteur dans le périnée et de corps étrangers dans le rectum. Pas de douleurs irradiées. Le malade est très peu affaibli.

Pas de modifications dans les urines.

Antécédents gonococciques anciens, traitement très irrégulier.

Avoue avoir souffert d'une syphilis dans sa jeunesse et a subi dans différents pays d'Europe des traitements antisyphilitiques mitigés.

Examen. — Prostate augmentée de volume aux dépens du lobe droit surtout, qui est du volume d'un œuf de poule. Irrégulière, dure, presque ligueuse, sans nodules appréciables, douloureuse à la pression. Ses limites latérales sont bien nettes. Il n'en est pas ainsi des supérieures, qui se perdent vers le haut et ne peuvent être atteints par le doigt. La face antérieure du rectum est un peu adhérente. Le lobe gauche est bien séparé du droit par la commissure postérieure; il est un peu plus gros que normalement, avec des limites bien perceptibles, peu douloureuses, de consistance un peu plus marquée que la normale. Sa surface est lisse, régulière, non adhérente.

L'urètre est libre dans sa portion antérieure, mais dans la postérieure se montre déformé et admet avec facilité le passage d'un explorateur à olive 22, qui provoque d'ailleurs une sensation exagérément douloureuse. Sa longueur est augmentée de 3 centimètres environ.

La vessie ne révèle rien d'anormal à son examen externe. Par contre, l'examen interne révèle une grande sensibilité au contact de l'explorateur, sensibilité exagérée à la distension, et une rétention de 20 cm³. La capacité est de 15 cm³, la vessie étant très irritable.

La cystoscopie nous montre une muqueuse rouge vif dans le tri-

gone et à proximité du col, le reste étant à peu près normal. Il y a une grande quantité de colonnes et de cellules vésicales. Le col se montre fortement déformé par la saillie prostatique, spécialement au niveau de la commissure inférieure. Sous le trigone et du côté droit, s'observe une masse largement implantée sous la paroi vésicale, donnant un fort relief dans la cavité, de superficie irrégulière, rouge vif, qui donne l'impression d'une tumeur d'origine prostatique qui infiltre la paroi vésicale. Les urines recueillies par sondage sont claires. De cet examen, nous retirons l'impression d'être en présence d'une néoplasie prostatique de caractère malin.

Sans aucun enthousiasme, et vu seulement les traitements anti-syphilitiques irréguliers suivis à l'étranger, nous conseillâmes un traitement spécifique (néosalvarsan, cyanure de mercure et lipiodol).

Deux mois après, nous le revîmes, et notre deuxième examen nous révéla une prostate de volume, forme, consistance et sensibilité quasi normales. Le rectum n'a plus la plus petite adhérence avec elle. La pollakyurie a disparu totalement, et notre malade ne garde qu'une légère dysurie initiale s'affaiblissant de jour en jour. Nous aurions pratiqué la cystoscopie si le malade ne s'y était absolument refusé.

Cet homme a augmenté de 4 kilos.

Postérieurement, nous eûmes de très bonne nouvelles de son état général et local.

OBSERVATION XXIII.

(M. COHN, *Ztschr. für Urolog.*, 1926.)

Homme de 53 ans, atteint en 1897 de chancre induré du prépuce, traité par deux séries de frictions à la pommade mercurielle et deux séries d'injections de néosalvarsan.

Depuis trois semaines, douleurs violentes dans le bas-ventre; pollakyurie intense, surtout nocturne, il y a huit jours, forte hématurie suivie d'hématuries moins abondantes.

La prostate a beaucoup augmenté de volume : les deux lobes

latéraux sont énormes. Au milieu du bord supérieur, on sent un noyau résistant non douloureux au contact et bien délimité.

Urétroscopie normale. Cystoscopie : capacité, 260 cm³. Vascularisation normale, saillie très nette des deux lobes latéraux et du lobe médian. Pas de résidu.

La sécrétion prostatique contient d'innombrables leucocytes; de nombreuses cellules épithéliales; aucun microbe décelable par coloration.

Bordet-Wassermann du sang et du liquide prostatique négatif.

Aucun signe ne permettant de songer à une syphilis des autres organes.

Cependant, le tableau clinique ne ressemblant pas à celui de la tuberculose et en raison de la syphilis ancienne, on institue un traitement au néosalvarsan.

Disparition des douleurs vésicales et diminution des noyaux prostatiques.

Au bout de treize mois, prostate entièrement normale.

OBSERVATION XXIV.

(M. COHN, *Ztsch. für Urolog.*, 1926.)

Homme de 45 ans. Syphilitique depuis vingt-deux ans et traité seulement par une série d'injections mercurielles, présente depuis deux ou trois ans de la pollakiurie avec brûlures à la miction. Urine à peu près normale. Urètre normal à l'urétroscopie. Cystoscopie : capacité, 250 cm³, mais les vaisseaux sont très abondants et plus dilatés que normalement, la région droite du col fait saillie sous forme d'une masse arrondie.

Le toucher rectal révèle une énorme augmentation de volume du lobe droit de la prostate; qui est de la dimension d'un œuf de poule, résistant, non douloureux et facilement délimitable dans toutes les directions. Le lobe gauche est normal.

Bordet-Wassermann négatif. Pourtant, en raison de l'augmentation de volume limitée au lobe droit et de la connaissance de la contamination du malade, on porte un diagnostic de syphilis de la prostate.

Après une seule injection de 0,45 de néosalvarsan, la prostate diminue considérablement de volume.

Au bout de deux mois de traitement, la prostate redevient normale et tous troubles vésicaux disparaissent.

OBSERVATION XXV.

(PINI, *Arch. ital. di dermatol. et venerolog.*, 1927.)

Homme de 40 ans, constitution forte, syphilis et blennorragie vingt-cinq ans auparavant, traitées. Rétrécissement de l'urètre. Syphilis latente même sérologiquement.

Depuis trois ans, mictions fréquentes et douleurs périnéales, ensuite pertes de sang mélangé à l'urine pendant quelques jours.

Grosse tumeur du lobe médian, compacte, discrètement douloureuse, les lobes latéraux semblent peu ou pas intéressés.

Un début de cure spécifique est suspendu par intolérance. Cependant, les troubles subjectifs et les phénomènes d'infiltration du lobe ont disparu en partie : la tumeur est notablement réduite. Ultérieurement, réduction plus marquée encore à la suite d'une cure thermale sulfurée sodique. Mais dix mois après réapparaissent les mictions fréquentes, l'amoindrissement du jet, la sensation de pesanteur périnéale. La prostate est augmentée en masse, le lobe médian s'est reconstitué, peut-être moins volumineux, mais non moins dur et douloureux.

Traitement antisypilitique, les symptômes disparaissent, à l'exception d'un léger résidu.

OBSERVATION XXVI.

(PINI, *Arch. ital. di dermatolog. et venerolog.*, 1927.)

Homme de 37 ans, fort, actif, syphilitique à 20 ans, traité. A eu une blennorragie. A deux fils et une femme en bonne santé. Contrôle sérologique trois ans avant négatif. Sa blennorragie est encore en activité, avec une légère sécrétion non purulente qui diminue avec le traitement.

Douleurs périnéales, puis rétention. Le cathétérisme donne une urine trouble et intensément colorée. La prostate est grossie en masse avec deux grosses bosses (lobe gauche et lobe médian). Prostatite à abcès qui dure presque un mois : Réaction thermique jusqu'à 40 degrés.

Dans l'urine, nombreux globules blancs, quelques hématies et cellules de diverses couches.

Amélioré, le malade veut sortir, mais quinze jours après apparaissent fièvre, douleurs aiguës, périnéales, sang et pus dans les urines, funiculite et épididymite. Amélioré par vaccin antistaphylo- et le traitement local; la prostate néanmoins reste grosse, indurée, bien que moins tuméfiée.

Cure spécifique, disparition des phénomènes. Prostate de volume quasi normal, ayant perdu toute irrégularité de surface et ayant acquis une meilleure plastique.

OBSERVATION XXVII.

(RIBA, *Am. J. Syphil.*, 1928.)

Homme de 47 ans, syphilis ignorée, blennorragie vingt ans avant. Depuis des années, nycturie occasionnelle.

Depuis un mois, pollakyurie nocturne et surtout diurne avec difficultés au début de la miction. Bonne constitution par ailleurs.

On palpe la vessie 4 doigts au-dessus du pubis. Testicule gauche atrophié avec petite intumescence en rapport avec l'épididyme. Prostate grossie, spécialement le lobe gauche, irrégulière, présentant des nodosités, avec une infiltration étendue en haut entre les vésicules séminales.

Dans l'urine, peu d'albumine et abondantes cellules de pus.

Diagnostic de tumeur maligne de la prostate. On pratique un cathétérisme intermittent.

Cystoscopie : le col vésical montre du prostatisme du lobe latéral avec œdème du col et du trigone. En palpant avec l'instrument en place le lobe médian, il parut libre; les latéraux, spécialement le gauche, consistants et indurés de manière suspecte.

Impression cystoscopique : petit fibro-adénome avec infection aiguë.

Bordet-Wassermann fortement positif.

Cure antisiphilitique; rapide atténuation des symptômes subjectifs, objectifs et fonctionnels, constatée également à la cystoscopie. Presque disparus après six mois.

Après dix mois, prostate symétrique presque régulière de contour; cependant, résidu de 30 grammes.

OBSERVATION XXVIII.

(CATANO, *Revista de especialidades*, 1929.)

Homme de 37 ans, syphilitique depuis six ans, traité par des injections, n'a plus eu aucune manifestation. Nie la blennorragie. Depuis dix jours, est en rétention complète. Il présente seulement une légère inégalité pupillaire.

Globe vésical qui arrive à l'ombilic, urètre libre, sans écoulement. On extrait 2 litres d'urine avec la sonde, puis en dernier une matière purulente couleur chocolat.

Prostate lisse dont les limites se perdent vers le haut. Au centre du lobe droit, nodosité du volume d'une grosse noix, fluctuante. Avec le doigt, on réussit à la déprimer, comme si le contenu se vidait; la pointe du doigt entre facilement à l'intérieur et perçoit un contour net, de consistance dure. A la pression sourd de l'urètre un pus couleur chocolat. Pas de réaction thermique.

Après quelques jours, miction spontanée, urine couleur ambrée. A la palpation, il existe toujours une collection qui ne se vide plus à la pression.

On commence un traitement au néosalvarsan et bismuth. Le quatrième jour, la collection a disparu; la prostate est cependant toujours dure et volumineuse; on a la sensation d'adhérence à la muqueuse rectale au point où se trouvait l'abcès. On confirme le diagnostic de gomme et on continue la cure spécifique. L'urétroscopie postérieure ne montre qu'une légère congestion du veru montanum, interprétée comme signe que le traitement devait avoir

cicatrisé complètement la lésion distant auparavant dans l'urètre.

Diagnostic. — Gomme ramollie de la prostate. Le malade était encore en traitement au moment de la communication.

OBSERVATION XXIX.

(LUQUE, *Revista española de cirugía y urología*, 1929.)

Homme de 50 ans. Depuis cinq mois il émet par petite quantité une urine trouble. Dysurie, légère brûlure terminale et intermittente, nycturie très accentuée.

Trois mois auparavant, rétention complète durant vingt-quatre heures, cédant au cathétérisme. Quatre jours avant, reprise de la rétention complète; c'est dans cet état qu'il arrive à l'hôpital.

Il présente un urètre de calibre normal, une urine qui à l'examen ne donne rien d'intéressant. Prostate avec un lobe droit grossi, dure (non ligneuse), avec des nodules et des irrégularités indolores à la pression. Le lobe gauche est normal.

Cathétérisme à permanence qui réussit facilement.

On pense à la syphilis de la prostate. Bordet-Wassermann nettement positif, ainsi que Sachs-Georgi et Meinicke. Interrogé, le malade se souvient vaguement d'avoir contracté vingt ans avant un ulcère syphilitique insuffisamment traité.

Diagnostic. — Syphilis de la prostate. Début de traitement au néosalvarsan. Deux jours après, on enlève la sonde, et le malade commence par uriner seul. On continue la cure arsenicale alternée avec du bismuth, et on assiste à la diminution progressive des troubles prostatiques.

Le malade part de la clinique après 3 g. 5 de néosalvarsan et injections correspondantes de bismuth; le lobe droit s'est réduit jusqu'à être presque normal. Miction normale. La cure spécifique est continuée pendant la convalescence.

La cystoscopie a donné seulement une augmentation du col vésical du côté de la lésion prostatique.

A la radiographie de la miction, on note une altération de la portion prostatique de l'urètre, dont l'ombre monte très obliquement vers la vessie, formant avec elle un angle aigu.

OBSERVATION XXX.

(M. CAMOLLI, *Arch. ital. di urológ.*, 1931.)

M... (Pietro), âgé de 60 ans, célibataire, présente seulement dans l'anamnèse une syphilis contractée en 1890. Les manifestations à la verge avaient disparu en peu de temps sous l'effet d'une cure locale. En 1917, il eut des manifestations tertiaires à la jambe droite, guéries par une énergique cure arsено-benzolée et mercurielle.

Le 20 novembre 1929, il entre à la clinique racontant que, dans ces derniers temps, il avait noté de légères brûlures au début de la miction et que, trois jours avant son entrée, il s'était réveillé la nuit avec des sensations de brûlures à la verge, des envies d'uriner et impossibilité de s'exécuter, à l'exception de quelques gouttes. Au matin, après un bain de siège, il put émettre une certaine quantité d'urine. Il semble qu'il avait commis des excès de boisson le soir avant.

Dans les jours suivants, les troubles continuèrent, et, le cathétérisme tenté par le médecin n'aboutissant pas, il envoie le malade à l'hôpital, où on le cathétérise avant de nous l'envoyer.

Examen. — Etat général plutôt déchu, pannicule adipeux fondu. Muqueuses pâles. Souffle systolique à la pointe et hypertrophie du ventricule gauche. L'abdomen est un peu gonflé; vessie distendue qui arrive à 3 doigts au-dessous de l'ombilic.

Au toucher rectal, la prostate présente ses deux lobes tuméfiés et globuleux de volume presque double de la normale (le gauche légèrement plus que le droit) et de consistance dure, élastique, uniforme à droite, avec quelques points plus consistants à gauche, où on trouve aussi quelques irrégularités. Les deux lobes sont assez nettement délimités par un sillon médian; le droit se contigue en une tuméfaction arrondie, un peu aplatie d'arrière en avant, se portant en haut vers la ligne médiane, et un peu moins consistant que le lobe. Toute la prostate est fortement fixée aux tissus voisins. Palpation quasi indolente. Le malade ne réussit à émettre que quelques gouttes d'urine.

Par cathétérisme on extrait dans les vingt-quatre heures environ 4 litres d'urine dont l'examen donne seulement la présence de quelques leucocytes et de cellules d'exfoliation. L'examen cystoscopique montre : corps vésical augmenté, vessie à colonnes, muqueuse légèrement congestionnée, saillie notable des deux lobes prostatiques dans la vessie, prédominance du gauche.

Vu les caractères relevés à la palpation, j'exclus l'hypertrophie prostatique et la prostatite et je prends en considération une néoplasie maligne, pour laquelle plaident la forme irrégulière avec nodosités et la fixité. Un fait important se trouve pourtant qui forme un évident contraste : l'absence de cette consistance dure, ligneuse, qui se trouve ordinairement dans le néoplasme malin de la prostate et spécialement la relative mollesse de la masse arrondie existant au-dessus du lobe droit. Etant donné ces faits et l'infection syphilitique précédente, je fais le diagnostic de syphilis scléro-gommeuse de la prostate et je prescris quelques suppositoires mercuriels, dans l'attente du Bordet-Wassermann, qui fut très positif.

J'administre alors de l'iodure de potassium *per os* et fais appliquer douze frictions de pommade mercurielle. Dès les premières, déjà, les troubles urinaires sont très diminués, et le 10 décembre 1929 il part de la clinique guéri.

OBSERVATION XXXI.

(SHESS, *The Urologic and Cutaneous Review*, 1920.)

Homme de 32 ans. Syphilitique depuis huit ans; à eu des blennorragies répétées, dont la dernière il y a peu de temps. Il est maigre, anémique, avec des amygdales tuméfiées et une pharyngite. Cœur augmenté de volume; deuxième bruit légèrement augmenté à l'orifice aortique.

Est en rétention nécessitant un cathéter en permanence.

La prostate a le volume d'une petite mandarine, lisse, dure, douloureuse à la pression. Vésicules séminales augmentées de volume et de consistance, avec nodules irréguliers. Sécrétions urétrales sanglantes, avec staphylocoques.

Bordet-Wassermann positif.

Examen des urines :

Acidité, 35 p. 1.000;

Densité, 10,20;

Présence d'albumine;

Petite quantité de sang et de leucocytes.

Lavages vésiculaires au permanganate de potasse. Urotropine.

Radio de tout l'appareil urinaire négative.

A la cystoscopie : cystite intense et saillie notable du lobe médian dans la vessie.

Sept jours après la première injection de néosalvarsan, légère amélioration, possibilité d'uriner en petite quantité.

On continue le néosalvarsan, en adjoignant des injections dans la vessie de collargol à 5 p. 100.

Après cinq ou six autres jours, la miction est normale, le cathéter peut être enlevé.

Enfin, quinze jours après le début du traitement, le malade sort de l'hôpital : les vésicules étaient encore palpables, la prostate quasi normale comme siège et consistance. Le cathéter n° 25 passait dans l'urètre.

A la cystoscopie, on trouvait encore une augmentation du lobe médian.

Diagnostic. — Syphilis de la prostate.

OBSERVATION XXXII.

(SIESS, *The Urologic and Cutaneous Review*, 1920.)

Homme de 49 ans. Aveugle par atrophie optique à la suite d'une syphilis contractée vingt-trois ans auparavant.

Dix ans avant, contemporanément à l'atrophie optique apparaît une paraplégie arrêtée par des injections de Salvarsan. Bordet-Wassermann positif. Depuis quelques mois, troubles de la miction. Il se présente enfin en rétention complète.

C'est un homme débile, pâle.

Prostate dure, régulière, fortement augmentée de volume, de la

consistance d'une balle de caoutchouc, sensible, mais non douloureuse à la pression.

On applique un cathéter (n° 22) à permanence jusqu'au lendemain matin.

La miction reprend avec un peu de retard à l'émission et un peu de brûlure.

Diagnostic. — Syphilis cérébro-spinale et adénome simple de la prostate.

Revue quatre mois après pour otite moyenne gauche avec sécrétion muco-purulente, il présente encore Bordet-Wassermann positif.

On commence le traitement par des injections de néosalvarsan, auxquelles on adjoint par la suite de l'iodure de potassium à fortes doses. Trois jours après, l'instabilité de la vessie s'amende, et on constate l'amélioration de l'état de l'oreille. La prostate est réduite de moitié, il n'existe pas de différence notable entre les deux lobes. La glande est plus molle comme résistance au doigt. Les douleurs à la miction disparaissent. Après un mois, oreille guérie, prostate normale, symptômes urinaires complètement disparus. Etat général très bon.

Diagnostic rectifié. — Syphilis tertiaire de la prostate. Otite moyenne syphilitique.

OBSERVATION XXXIII.

(PICINELLI-BISSI, *Rev. Sud-Americ. de Endocrinolog.*, 1931.)

N... (Alfredo), 38 ans, célibataire, agriculteur.

Pas de maladies dignes d'être notées, si ce n'est à l'âge de 29 ans des troubles de la miction et une légère sécrétion urétrale qui l'amènèrent chez un spécialiste des maladies vénériennes, où il fut traité par des balsamiques et des lavages au permanganate d'abord, puis par des lavages au cyanure de mercure (une soixantaine). Toute sécrétion disparut vite, et le malade ne ressentit pendant quelques années aucun trouble local ni général.

Demandant au malade si à cette époque ou à quelques mois de là il avait noté quelque lésion sur la peau ou les muqueuses, il nia

toute manifestation de ce côté-là, mais il se souvint d'avoir observé une hyperplasie ganglionnaire inguino-crurale qui disparut lentement, et qui, d'après le médecin traitant, était en rapport avec l'urétrite.

Depuis sept ans, notre malade accuse une certaine sensation de brûlure et des difficultés mictionnelles. Aussi bien de jour que de nuit. Attribuant ces troubles à la progression de son urétrite, il eut recours à un autre spécialiste, lequel fait un diagnostic d'urétrite chronique et de rétrécissements multiples avec prostatite chronique. Le traitement avec balsamiques, dilatations urétrales, massages prostatiques, suppositoires, à base d'iodure de potassium, apporta une notable amélioration, mais ne réussit pas, quoique prolongé pendant un an, à libérer le patient de ses troubles.

Il y a trois mois, enfin, à la suite d'un excès, il ressent des troubles plus aigus : la miction redevient très difficile et fréquente, accompagnée de douleurs le long de l'urètre pénien, et spécialement exacerbées durant la nuit. Il entre à notre clinique en janvier 1930 dans l'état suivant :

Malade dont le développement osseux et musculaire paraît normal; pannicule adipeux discrètement développé, muqueuses rosées. Micropolyadénie inguinale et axillaire. Le malade se plaint de n'avoir pu uriner depuis quinze heures et de souffrir beaucoup. Rien de notable aux organes thoraciques et abdominaux, à l'exception d'un globe vésical qui arrive à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

On sonde et on extrait plus de 600 cm³ d'urine limpide. Au passage de la bougie, on observe que le calibre de l'urètre est normal, en dehors d'une légère diminution correspondant à la fossette naviculaire.

Au toucher rectal, on constate que la prostate a atteint les proportions d'un œuf de poule et que ses limites inférieures ne sont guère au-dessus du sphincter anal. La tuméfaction est plus marquée au lobe droit qu'au gauche. Surface irrégulière, consistance dure, organe fixé et à limites nettes.

La centrifugation de l'urine ne donne ni gonocoques, ni bacilles de Koch, ni germes d'aucune sorte. On observe de nombreuses cel-

lules épithéliales de desquamation, quelques rares leucocytes polynucléaires, de rares globules rouges. Jamais il n'y eut hématurie.

Un quinzaine de jours après, et trois jours après la deuxième injection intraveineuse, les cellules de desquamation ont diminué, les leucocytes et les globules rouges ont disparu.

Preuves sérologiques :

W. R. = + + + + —

M. T. R. = + + +.

Injection néojacol, 0,45; et quatre jours après le malade émet spontanément une partie de l'urine contenue dans la vessie.

Après la deuxième injection de 0,30, la miction est complète, mais encore fréquente.

L'exploration rectale révèle une diminution notable du volume de la prostate, qui a acquis une consistance moins dure et une délimitation plus nette.

Augmentation de poids de 5 kilos.

W. R. : + + —

M. T. R. : +.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — *Étiologie et pathogénie.*

La syphilis de la prostate est une affection de l'âge moyen, existant plus fréquemment de 35 à 50 ans, moins de 50 à 65 ans et rare avant (minimum 18 ans) ou après (maximum 74 ans).

Nous avons vu qu'il n'est pas donné actuellement de faire une comparaison sûre au point de vue fréquence avec les autres affections de la prostate, ce processus morbide étant insuffisamment étudié et souvent, comme il est permis de le présumer, passé inaperçu.

Manifestation syphilitique en général très tardive, elle peut se rencontrer de six à trente-neuf ans après la date du contact. Ceci résulte des observations des malades assez âgés, parmi lesquels on en trouve cependant un de 53 ans qui avait contracté la syphilis seulement trois semaines avant son arrivée à l'hôpital.

Dans 5 cas les dates manquent. Parmi les malades plus jeunes, celui qu'a étudié Ricord, âgé de 18 ans, avait été contaminé récemment, et celui de Warthin, âgé de 19 ans, était syphilitique depuis deux ans. Les autres lésions syphilitiques existant simultanément sont toujours des manifestations tertiaires (gommes à la jambe, gommes à la mâchoire supérieure, sarcocèle syphilitique bilatérale, névralgie faciale gauche).

Dans l'unique cas où fut faite la nécropsie et le diagnostic histologique, on était en présence de localisations multiples en cours (testicule, capsules surrénales, foie, poumon, mé-

ninge) et de cicatrices variées de vieilles localisations guéries.

Il ne résulte pas des observations que la syphilis soit favorisée par les autres manifestations pathologiques de l'organe. La blennorragie se rencontre seulement dans 8 cas, dont 5 où elle était de vieille date.

L'antécédent du chancre primitif manque dans quelques cas. Le Bordet-Wassermann est positif le plus souvent, mais n'a pas été recherché systématiquement dans toutes les observations rapportées.

L'étiologie syphilitique de l'affection a été démontrée indiscutablement deux fois avec preuves histologiques et présence de spirochètes dans les préparations (Warthin et Starry).

Dans tous les autres examens, le seul test positif était la réussite rapide et complète du traitement spécifique.

II. — *Anatomie pathologique.*

Il est difficile actuellement de tracer un cadre anatomo-pathologique complet de la syphilis de la prostate, n'ayant comme renseignements absolument précis que les 2 cas de Warthin et de Starry, très semblables d'ailleurs entre eux.

Nous allons essayer cependant de décrire les grandes lignes de cette lésion prostatique avec tous les éléments que nous ont fournis jusqu'ici la clinique et le laboratoire.

La première étude macroscopique de la prostate étant celle de Ricord, voyons d'abord ce qu'il a constaté chez ses deux malades :

« A l'autopsie, nous dit-il, on constate chez B... que le canal urinaire est détruit par des ulcérations ayant les caractères de l'ulcère phagédénique primitif. La prostate est profondément entamée; à l'intérieur, on voit plusieurs ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, offrant les caractères de l'ulcère syphilitique primitif.

» Chez Bourd, les ulcérations de la muqueuse urétrale sont envahies par celles du méat : les régions membraneuses

et prostatiques, le col de la vessie et la prostate elle-même sont le siège de vastes ulcérations ayant tous les caractères du chancre phagédénique; on voit à peine quelques traces du col vésical; au-dessous, deux excavations irrégulières occupent la place des lobes latéraux de la prostate. »

De son côté, Starry décrit une « prostate modérément grossie, plus dure que normalement; à la coupe pas de changement digne d'être noté ».

Enfin, la clinique a pu donner les faits suivants : prostate de volume variable, qui va de légère augmentation (cas Warthin, Cohn) à celui d'un poing (Groszlieck), ou à une telle proportion qu'on n'arrive pas à le déterminer au toucher rectal (Cook). Dans la grande majorité des cas, le volume est nettement augmenté (25 sur 28 dans lesquels on l'a indiqué).

Avec le volume varie aussi la forme : elle est régulière et reproduit celle de l'organe quand l'accroissement se maintient dans certaines limites, ou bien forme plus arrondie si l'accroissement est plus prononcé; enfin ce dernier peut être plus marqué dans une des parties de la prostate : au lobe droit (10 fois), au lobe gauche (3 fois) ou sur la ligne médiane (3 fois). Quand la forme est altérée, on va de la prostate globuleuse régulière à un organe d'irrégularité variable par les diverses nodosités que peuvent présenter ses différentes parties. Dans quelques observations, nous voyons noté que la prostate offre au toucher des zones ramollies à côté de zones dures. L'urètre est le plus souvent déformé : appâtissement en lame de sabre. Allongement du canal. On a noté presque toujours la présence d'un bas-fond vésical. La coexistence d'autres lésions syphilitiques de l'arbre urinaire est assez fréquente : vessie (Margoulès, Favre, Picot). Cas Duhot, où les lésions unilatérales envahissaient également testicule, cordon, prostate, vésicules séminales. Cas de Rush (néphrite syphilitique accompagnant syphilis de la prostate).

Au point de vue microscopique, par contre, n'ayant qu'une seule source, nous ne pourrions mieux faire que de citer sans commentaire les auteurs dans le texte.

Warthin, le premier, écrit : « Dans les préparations, on peut voir que les plasmazellen envahissent le stroma de l'organe, mais pas autour des espaces glandulaires, comme il arrive dans la blennorrhagie de la prostate; les infiltrations sont toujours périvasculaires, et non périglandulaires ou subépithéliales. On rencontre de nombreux angioblastes et fibroblastes en prolifération et de nombreuses cellules géantes envahissant le dit tissu, auquel elles donnent le caractère de gommes miliaires non caséifiées. Des groupes de spirochètes peuvent être trouvés au milieu de telles infiltrations. »

Starry révèle de son côté : « Capsule fortement épaissie et tissu interstitiel très augmenté. Il n'y a pas d'hyperplasie glandulaire. Les plasmazellen infiltrant le stroma de la glande. Dans la capsule et dans le stroma interstitiel, processus granulomateux qui montre les différents stades de la gomme syphilitique, de la miliaire précoce à la lésion vieille et cicatrisée. Les cellules d'infiltration étaient spécialement des plasmazellen; quelques lymphocytes, pas de cellules géantes. Pas de tendance à la caséification.

» Hors de la lésion, l'infiltration se retrouve particulièrement autour des vaisseaux sanguins. Pas d'infiltration sous-épithéliale et autour des glandes. Quelques spirochètes.

» Vue la présence de vieilles lésions guéries, il s'agit probablement de stade tardif de syphilis.

» Les vaisseaux sanguins présentent leurs parois amincies et sont de néoformation. Le tissu de connection montre également des zones de néoformation. Dans les espaces conjonctifs, le tissu fibreux s'est fait plus dense et les vaisseaux plus grands.

» On peut observer des destructions précoces des parois vasculaires, ou bien des parois très épaissies et des obstructions échelonnées. »

En résumé, nous le voyons, rien de particulier, tout simplement lésions syphilitiques caractéristiques semblables à celles qu'on trouve dans les autres organes et tissus.

La syphilis de la prostate est donc une syphilis tertiaire qui se présente tantôt sous la forme d'infiltration diffuse, tantôt sous la forme de gommès.

Certes, Neuman et Duhot ont décrit un processus prostatique secondaire, Ravogli, en 1916, a prétendu que l'urètre prostatique peut présenter des ulcérations superficielles à lésions de type condylomateux ou papuleux reconnues à l'urétroscope, saignant très facilement à la moindre ulcération de ces granulations. Portillo, en 1917, nous apporte un cas dont la description est bien maigre; enfin Druelle reprend cette hypothèse et, dans l'*Encyclopédie française d'Urologie*, divise son sujet en deux parties : la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire. Depuis, malheureusement, cette théorie a été fortement critiquée. M. Donagh constate que, sur les 12 cas retenus par Thompson, on ne trouve que 2 de ces prétendues syphilis précoces : 1 chez Ricord, et nous savons combien ce cas est sujet à discussion, l'autre chez Portillo, et sans aucune précision.

Giovanni Pini, en 1927, nie tout processus secondaire et dit qu'il s'agit en général de simples lésions gommeuses. Enfin, Comolli, en 1930, ne retient que les formes tertiaires, mettant en doute l'existence de toute autre forme de syphilis; notant en outre que ce sont les seules qui intéressent vraiment le point de vue urologique.

C'est cette manière de voir qui nous semble la plus conforme à l'état actuel des connaissances sur cette question.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE — EVOLUTION PRONOSTIC

La plupart des auteurs se sont attachés à signaler dans la syphilis de la prostate l'imprécision des signes et l'absence de tout caractère pathognomonique; d'après les observations nous avons vu en effet qu'on ne peut relever qu'une symptomatologie commune aux autres affections prostatiques.

L'état général des malades, qui sont presque toujours apyrétiques ou avec une très légère réaction thermique, est celui d'individus amaigris, en train de dépérir, à l'aspect souffreteux, en rapport avec les troubles subjectifs et fonctionnels qui l'ont amené chez le médecin.

Les symptômes subjectifs consistent surtout en *phénomènes douloureux*, qui se retrouvent dans la plupart des observations; leur intensité est variable, allant de la gêne vague et persistante jusqu'aux douleurs vives, même intolérables. Ce sont des sensations douloureuses de la région périnéale, des élancements intra-urétraux pouvant précéder ou suivre la miction; ce sont encore plus rarement du ténesme rectal, une sensation de corps étranger dans le rectum, la délécation pénible et douloureuse, une douleur à l'hypogastre chez un malade de Cohn. Comme chez Drobny ou chez Cook, enfin, on pourrait noter des douleurs extrêmement vives et pénibles après le coït, aggravées d'un priapisme épuisant.

Dans le cas de Noguès, il est intéressant de relever une sciatique droite très marquée, en rapport avec une extension notable du processus à droite et en haut.

La palpation de la prostate au toucher rectal est quelque-

fois un peu douloureuse, quelquefois absolument indolore. Dans 28 cas où cette indication est fournie, elle a été 17 fois douloureuse, absolument inexistante dans 6.

Au point de vue *symptômes fonctionnels*, là encore des phénomènes de tout premier plan : *les troubles de la miction* et leur conséquence du côté de la vessie.

— Dysurie à degré et à forme variable, comme nous l'avons vu (de légères cuissos au méat jusqu'aux douleurs internes et intolérables).

— Pollakiurie de jour et de nuit, mais la nocturne moins marquée que dans l'hypertrophie prostatique.

— Miction gênée et pénible, l'urètre étant comprimé par les gommés du parenchyme prostatique avant leur ramollissement et leur ouverture; la miction s'accomplit lentement avec un jet faible, pouvant n'être constituée que de quelques gouttes, pour aboutir finalement à la rétention complète.

Tous ces troubles mictionnels, d'abord légers, vont augmentant d'intensité progressivement, soit sur une période de plusieurs années, soit parfois aussi sur quelques mois seulement. Le résidu vésical existe naturellement dès l'apparition de ces troubles.

Fait exception à ce tableau le seul cas de Ricord, où une destruction notable des tissus à la période terminale avait amené au contraire une incontinence d'urine.

Enfin, voyons ce que nous apporte *l'examen* détaillé du malade :

Dans plus de la moitié des cas, on remarque la présence d'un *écoulement urétral*.

C'est tantôt un suintement intermittent, transparent, comme dans les urétrites postérieures chroniques, tantôt un épanchement abondant, visqueux, de couleur blanchâtre, jaunâtre ou même brun foncé. Sa présence ne semble pas en rapport avec une infection blennorragique; si ce n'est dans un cas de Pini, où la blennorragie se trouvait en pleine activité. Cependant, cet écoulement ne paraît pas nécessai-

rement lié à l'existence de gommés qui se déchargeraient dans la vessie ou l'urètre. Il peut se présenter spontanément ou à la suite d'un massage. Son examen microscopique a presque toujours été fait, et, sauf dans 2 cas, les micro-organismes étaient toujours absents : Pini (gonococques) et Shess (staphylocoques). Par contre, on trouve ordinairement des leucocytes, quelques globules rouges et des cellules épithéliales de desquamation. Jamais rien de spécifique.

Chez Divaris, Rush, Le Für, nous avons à noter des hématuries, chez le dernier même c'était le principal symptôme.

La *palpation* nous apporte deux sortes de renseignements très intéressants :

Au toucher rectal, la prostate paraît ordinairement plus ou moins augmentée de volume. Sa forme peut rester normale ou bien peut être globuleuse, irrégulière, lobulée par l'apparition de divers sillons. Sa consistance est plus dure, jusqu'à être cartilagineuse, pouvant parfois aussi être très irrégulière. Il arrive qu'on puisse relever, correspondant à une gomme, comme une sensation de fluctuation plus ou moins circonscrite, et apprécier une dépression cupuliforme quand la gomme s'est vidée. Ces lésions sont souvent localisées à une seule partie de la prostate.

Dans tous les cas à peu près la prostate paraît mal délimitée des tissus voisins et adhérente à eux. Dans 3 cas seulement on a vu la paroi rectale accolée à la tuméfaction prostatique, la muqueuse étant fixée elle aussi.

La palpation abdominale a pu presque toujours montrer une augmentation notable du globe vésical consécutive à l'existence d'un résidu ou d'une rétention complète. Dans un cas même la limite supérieure de la vessie atteignait l'ombilic.

Le cathétérisme de l'urètre est assez facile, sauf parfois quelque obstacle dans l'urètre postérieur. Il est peu ou pas douloureux, comme il résulte des faits publiés dans 17 cas. Chez un malade de Desnos, la boule ramenait des mucosités rougeâtres. Groszlick note qu'en retirant la sonde quelques gouttes d'un liquide épais et sanguinolent s'écoulaient.

La cystoscopie peut être absolument négative, mais parfois au contraire elle fournit des faits intéressants. Quand la prostate ou une de ses parties a acquis un certain volume, on rencontre au voisinage du méat urinaire interne une ou plusieurs saillies à droite, à gauche ou sur la ligne médiane, postérieurement. Quelquefois, il existe une congestion du trigone et aussi de l'œdème avec granulations exubérantes qui saignent facilement, ou des ulcérations à bords irréguliers, taillés à pic. Le processus, dans quelques cas, était non seulement prostatique, mais prostatovésical (Le Für, Ravogli, Koudintzew, Wright, Franck).

Dans 11 cas où cet examen fut fait, le corps vésical était fortement augmenté de volume.

L'examen de l'urine nous montre toujours des altérations: sur 17 cas où elle fut examinée, dans 4 il y avait hématurie, parfois répétée, dans 1 elle contenait du pus hématique, et dans 3 autres des globules rouges en quantité vus au microscope. Dans 7 cas on a noté la présence de pus abondant et de cellules de l'épithélium vésical. Les urines troubles nous paraissent correspondre à une phase de ramollissement, d'ouverture des gommes, à moins qu'elles ne signent tout simplement la présence d'une cystite consécutive à des cathétérismes trop souvent répétés.

Enfin, dans bien des observations, si l'examen microscopique n'a pas été fait, du moins on a remarqué que les urines étaient limpides, très claires, ou présentant seulement quelques filaments (vraisemblablement il s'agirait là d'un stade de crudité des gommes prostatiques).

Pour terminer, nous devons signaler que, dans les 14 cas où le Bordet-Wassermann fut réalisé, il fut nettement positif dans 10, négatif dans 4.

Nous avons vu déjà qu'il existe fréquemment d'autres *lésions concomitantes* qui peuvent avoir une influence décisive sur le diagnostic. Nous rappellerons rapidement les ulcérations syphilitiques de la jambe chez Duhot, le sarcocèle chez Portillo, les lésions nerveuses syphilitiques chez

Starry. D'autre part, il convient de citer plusieurs cas où une prostatite chronique du type blennorragique résistant à tout traitement local a été guérie par une série d'injections de biiodure de mercure conjointement avec le iodure de potassium (Reliquet, Divaris, Posadas).

Quelle va être donc l'évolution de la syphilis de la prostate? Non traitée, comme celle des autres organes et tissus, elle n'aura pas tendance à guérir, mais à évoluer. La gomme prend des rapports avec la vessie, avec le rectum, puis s'ouvre dans ces cavités. Le processus peut arriver à un tel point que la prostate, une bonne partie de la vessie et de l'urètre postérieur sont détruits par le processus ulcérant. Le malade arrive à la mort dans le marasme, comme cela s'est produit, heureusement dans un seul cas, chez Ricord. Dans tous les autres, le traitement antisypilitique, même très tardif (Noguès), a immédiatement apporté la guérison.

La récidive est possible, quoique rare (Groszlick, Desnos), mais ne résiste pas à la reprise de la cure spécifique.

Nous ferons remarquer enfin qu'il s'agit là d'une évolution chronique, très progressive, dont l'importance peut être capitale dans le diagnostic différentiel entre le carcinome et la syphilis de la prostate, cette dernière présentant une période évolutive très lente, se comptant quelquefois par années, avec peu de modifications de l'état général, contradiction flagrante quand on la compare avec le néoplasme malin, qui, avec les mêmes symptômes, mais une évolution un peu plus rapide, amène le malade aux dernières limites de la cachexie dès les premiers mois.

Nous croyons donc que le pronostic de la syphilis de la prostate est particulièrement favorable, même dans les cas où le traitement a été très tardif (Noguès). Les malades réagissent aussitôt à un bon traitement, et la guérison est la règle dans une période courte, le plus souvent moins de deux mois.

Du point de vue local, la disparition des phénomènes tant

subjectifs que fonctionnels est la règle; tout rentre dans l'ordre, à condition bien entendu que le processus morbide ne soit pas parvenu à la destruction irréparable des tissus.

En terminant ce chapitre, qui devrait être le plus important de notre travail, comme dans tous les autres sujets de pathologie, nous sommes obligé de reconnaître qu'il ne nous a apporté que bien peu de choses. Nous avons eu le tableau de la prostatite chronique, de la néoplasie maligne, voire de l'hypertrophie des glandes péri-cervicales, aussi bien que celui de la syphilis de la prostate; rien de particulier, rien de pathognomonique, ce qui fait que toute la difficulté va se porter sur le chapitre suivant, sur le diagnostic positif et différentiel, qui, plein de difficultés et de finesse, n'arrivera jamais qu'à nous faire « *soupçonner* » la syphilis plutôt que de nous permettre d'en poser le ferme diagnostic.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

I. — *Diagnostic positif.*

Les tâtonnements et les discussions qui eurent lieu au sujet des premiers cas rapportés, le manque d'originalité et de caractère particulier que présente la symptomatologie, nous ont fait déjà pressentir la pénurie de tests positifs permettant d'étayer un diagnostic ferme.

La découverte de tréponèmes dans les sécrétions, qui serait le moyen le plus sûr, n'a jamais été faite.

Peut-être, avec Cohn, pourrions-nous être incliné vers la syphilis de la prostate par quelques-unes de ses particularités les plus notoires :

le développement marqué d'un seul des lobes Héraux
(le droit le plus souvent);

l'existence de plusieurs noyaux des deux côtés à la fois;

la sensibilité à peu près nulle au toucher rectal;

l'absence de polyurie.

D'autre part, il est bien évident qu'on sera très aidé par la connaissance d'une syphilis dans les antécédents ou la coexistence de localisations syphilitiques à un autre siège (gommes, atrophies optiques, névrites, anisocorie, les classiques lésion cardio-vasculaires, etc.). Cependant, il ne faudrait pas dans ces cas-là avoir cette hantise de la syphilis, qui semble obnubiler certains esprits au point qu'ils la

voient partout; quand on pense à la possible concomitance chez un syphilitique d'une affection prostatique d'autre nature, au polymorphisme extraordinaire de la syphilis de la prostate et à son manque de symptômes pathognomoniques, quand on sait enfin qu'à une syphilis prostatique peut se surajouter un autre processus morbide de ce même organe, telle une infection blennorragique en cours ou les restes d'une précédente, on se rend compte exactement quelles sérieuses réflexions, quel strict et raisonnable examen, sont nécessaires avant de s'arrêter à un tel diagnostic. Dans les cas où on ne trouverait absolument rien dans les antécédents il peut être bon de faire des séroréactions et des réactivations. Salleras insiste sur la longueur de l'évolution conjointement avec peu de modification de l'état général.

Pour Desnos, un signe un peu particulier à la syphilis de la prostate serait l'adhérence de la muqueuse rectale et l'envahissement rapide du rectum.

Enfin, hors les cas où on a fait, malheureusement un peu tard, le diagnostic sur la vue des coupes histologiques, la meilleure pierre de touche a toujours été l'épreuve du traitement; à vrai dire, c'est même sur elle seule que la plupart des auteurs se sont basés pour affirmer leur diagnostic, pour contrôler l'authenticité syphilitique des faits rapportés. Mais, comme le fait remarquer fort judicieusement Desnos, il convient de faire une réserve dans les premiers cas publiés : c'est le traitement ioduré qui fut employé presque exclusivement; or, cette médication réussit dans un certain nombre d'affections non syphilitiques, ne justifiant pas de l'adage : *naturam morborum curationes ostendunt*. Le Professeur Guyon a employé ce médicament avec succès, notamment dans l'hypertrophie prostatique, considérant ces malades comme des artério-scléreux. Il est certain, par contre, qu'avec les arsénobenzols ou le mercure le diagnostic est difficile à controuver.

II. — *Diagnostic différentiel.*

En définitive, avant le traitement, il ne reste plus qu'à se rabattre sur le diagnostic par élimination, sur la discussion serrée et méthodique des différents symptômes observés. C'est ce que nous allons essayer de schématiser, en mettant cette affection alternativement face à face avec les différentes affections prostatiques qu'elle peut simuler.

La syphilis de la prostate peut se présenter avec l'aspect d'une *urétrite chronique*; la difficulté du diagnostic est augmentée (Druelle) par la fréquence de la blennorragie et de ses complications prostatiques et par la coïncidence possible des infections syphilitiques et blennorragiques chez un même malade, l'action simultanée de ces deux infections pouvant se traduire par influence réciproque et par création d'un lieu de moindre résistance au niveau de la prostate. Il n'en est pas moins vrai que bien des auteurs, dont Cohn, Salleras, Reliquet, Posadas, ont cité plusieurs cas où une prostatite chronique de type blennorragique résistant à tout traitement local a été guérie par une série de biiodure de mercure.

La syphilis de la prostate peut présenter le tableau de l'*hypertrophie sénile*. Dans les deux affections : augmentation de volume, consistance marquée, glande lisse, âge un peu avancé. Cependant, l'hypertrophie simple est mieux délimitée des tissus voisins, la syphilis montrant d'autre part la localisation et le caractère partiel des altérations prostatiques. La syphilis également serait moins douloureuse que l'hypertrophie; de même la miction, le cathétérisme, voire l'examen cystoscopique, ne donnant pas lieu aux mêmes sensations extrêmement pénibles. Les douleurs et la fréquence mictionnelle augmentant dans la deuxième moitié de la nuit paraissent ne pas exister ici comme dans le prostatisme. Enfin pas de polyurie. Il ne faut pas oublier non plus les variations de symptômes, les poussées congestives

avec modification de volume et les symptômes qui semblent parfois disparaître complètement.

Aussi, en présence d'amélioration pendant le traitement antisypilitique, il ne faudrait pas se hâter d'incriminer la syphilis.

La syphilis de la prostate peut simuler la *tuberculose prostatique*. Le diagnostic différentiel doit être peu souvent en cause; nous ne le voyons posé que dans une seule observation, celle de Divaris.

Généralement, en effet, les lésions tuberculeuses coexistant dans tout l'appareil génito-urinaire, l'examen microscopique des urines (Bacille de Koch), l'inoculation au cobaye, suffiraient à lever le doute.

De même, dans la syphilis, nous ne trouvons pas cet état général profondément atteint, ces sueurs, cette fièvre vésicale, cet amaigrissement et cette fatigue, qui frappent dans la tuberculose.

A un point de vue plus local, nous ne notons pas ici les hématuries, les stries hémorragiques, les urines troubles, l'hémospémie. Le toucher rectal de la tuberculose fait percevoir les nodules tuberculeux comme des granulations de volume varié, de consistance dure, enchâssés dans la tuméfaction prostatique, masqués parfois par de la périprostatite.

Enfin, et c'est là où la confusion a presque toujours été faite, la syphilis de la prostate s'est présentée et a été prise pour un *néoplasme malin*. On conçoit l'importance énorme d'un pareil diagnostic différentiel à tous points de vue, étant données surtout les indications opératoires urgentes et les véritables mutilations qu'entraîne le cancer.

De fait, rien n'est plus semblable au point de vue clinique qu'un cancer de la prostate et une syphilis de cet organe : induration avec bosselures et nodosités, délimitation très floue de la prostate avec les tissus voisins, envahissement même des vésicules séminales dans un cas, hématuries, âge du malade.

Certes, dans le cancer l'induration est en général beau-

coup plus marquée, ligneuse, les douleurs très vives avec irradiations vers les cuisses ou la région sacrée, ce qui n'existe jamais dans la syphilis; l'état général s'altère très vite; mais on s'aperçoit facilement de la pauvreté de ces signes différentiels. Notons avant de terminer que le cancer de la prostate n'a pas été seul mis en cause : chez un malade de Desnos, dans un cas de Ruch il a été question de cancer du rectum. Enfin le cas de Noguès a posé le problème entre la syphilis de la prostate, le néoplasme diffus ou la cellulite gommeuse pelvienne (cette dernière affection décrite par Fournier dans le « Bulletin de l'Académie de médecine 1902 », par Lœb, par Castex, dans la « Prensa Argentina 1919 », est constituée par un volumineux infiltrat gommeux pelvien englobant le rectum, la prostate, la vessie, et se trouve chez les hérédo-syphilitiques le plus souvent).

En résumé on voit d'après cet exposé des faits, qu'en présence de syphilis prostatique, la syphilis étant ignorée, on va fatalement vers une erreur de diagnostic si on attend pour s'orienter de trouver quelque signe pathognomonique qui n'existe pas. Nous insisterons encore, comme nous avons vu tous les auteurs le faire à plusieurs reprises dans leurs publications, sur le fait qu'on peut arriver au diagnostic en ne négligeant aucun élément, et pourvu *qu'on pense à l'éventualité* de cette lésion. On travaillera par exclusion, et si les faits ainsi recueillis, même les plus minimes, permettent de suspecter cette localisation syphilitique, l'étude plus profonde de l'anamnèse et des réactions sérologiques pourra fournir une forte présomption en sa faveur. On terminera enfin par l'épreuve décisive, celle qui a permis quelquefois de ressusciter en quelques jours un malade qu'on croyait perdu, nous voulons parler du traitement spécifique. Et nous ne saurions mieux conclure qu'en citant deux auteurs que leur expérience de la question avait remplis de sagesse :

L'un, Pini, termine ainsi sa publication : « Chez des sujets syphilitiques, en cas de tumeurs ou de bosses prostatiques

dures, il est logique de penser à la syphilis de la prostate et de recourir au traitement. »

L'autre, Noguès, nous enseigne : « Dans les indurations de la prostate avec nodosités, on ne voit qu'inflammations chroniques ou néoplasmes. Certes, le diagnostic différentiel est presque impossible cliniquement, mais je ne verrais pour ma part aucun inconvénient à ce que, dans ces cas difficiles, et en l'absence de biopsie, on essayât *systématiquement* le traitement spécifique. Si j'en juge par mon observation, les syphilomes réagissent rapidement au traitement. Ce n'est pas en retardant quinze à vingt jours l'énucléation ou le radium qu'on aggraverait un malade atteint de néoplasme, et on éviterait ainsi une erreur grossière de diagnostic, qui peut être une question de vie ou de mort pour le patient. »

Nous avons tenu à terminer notre travail sur cette citation, car elle contient une conclusion éminemment pratique. Notre inexpérience ne nous permet pas d'être catégorique, mais la proposition de Noguès nous paraît des plus raisonnables. Aux résultats maintenant de la consacrer.

III. — *Traitement.*

Nous n'en dirons que quelques mots : c'est le traitement ordinaire antisypilitique, qui donnera rapidement la résolution du processus, avec disparition de tous les symptômes subjectifs, objectifs et fonctionnels, comme il résulte de tous les cas précédents. Dans ceux-ci, parfois, on a seulement accusé la persistance de quelque résidu. A cette loi nous devons plus ou moins faire exception pour les cas dans lesquels existait une lésion anatomique telle qu'elle compromettait irrémédiablement les tissus.

A ce traitement, à peu près tous les auteurs conseillent d'adjoindre de l'iodure de potassium gastrique ou intramusculaire.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis de la prostate paraît d'observation exceptionnelle. Mais tous les auteurs sont d'accord pour penser qu'elle est sans doute beaucoup plus fréquente, car souvent elle doit être méconnue.

Il est à remarquer que les cas se multiplient depuis que l'attention sur elle a été éveillée.

II. — C'est une affection de l'âge moyen avec une certaine prédilection pour l'âge de l'adénome. Cette localisation syphilitique ne semble pas être favorisée par d'autres manifestations pathologiques de la prostate.

Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une syphilis tertiaire se présentant soit sous forme diffuse, soit sous forme de foyers gommeux.

III. — Sa symptomatologie présente un polymorphisme et une absence de signe pathognomonique excluant toute possibilité de diagnostic ferme.

En fait, tableau clinique commun à toutes les autres affections prostatiques, notamment la prostatite chronique et le *néoplasme malin*.

IV. — Le diagnostic ne pourra donc être qu'un diagnostic « d'impression », et d'élimination, basé sur quelques particularités cliniques semblant se contredire, sur la recherche minutieuse des antécédents spécifiques et des tests sérologiques.

V. -- La question sera tranchée par les résultats du traitement d'épreuve, qui, nous le croyons, devrait être tenté systématiquement dans tous les cas difficiles.

VI. — Le traitement antisypilitique, même tardif, donne en *quelques jours* des résultats merveilleux avec disparition de tous les troubles urinaires et de tous les symptômes. Il est bon de lui associer l'iodure de potassium.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin de la Société de chirurgie de Bordeaux (1932).

GUIDO (Bruno). — Un caso de sifilide della prostata. *Arch. ital. di Urol.*, 1925, I, 84.

CATANO (E.). — Retencion de orina por gema resblandecido de la prostata. *Revista de especialidades*, 4, 1359-1362, oct. 1929.

COHN. — Uber Syphilis der Prostata. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1918, LV, 1200.

— Syphilis of prostate. *Zeitschr. f. Urol.*, 20, 430-439, 1926; *J. A. M. A.*, 87, 983, 18 sept. 1926.

COMOLLI (A.). — La sifilide della prostata. *Arch. ital. di Urol.*, 7, juill. 1931.

COOK (A. H.). — Gumma of the prostate, with report of a case. *Interstate Med. Jour.*, Saint-Louis, 1912, XIX, 980-982.

DESNOS. — Syphilis de la prostate. Assoc. franç. d'urolog. Procès-verbal, Paris, 1911, XIV, 699-711.

DIVARIS. — Syphilis de la prostate simulant la tuberculose. A. Fournier, Traité de la syphilis, 1901.

DROBUY. — Syphilis of the prostate gland. *Med. Obozr. Mosk*, LXV, 453, 1906.

DRUELLE. — Encyclopédie française d'urologie, t. VI.

DUHOT. — Syphilis de la prostate et des vésicules séminales. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 7^e année, 1902.

FERNANDEZ. — Un caso de sífilis prostática. *Med. Ibera*, Madrid, 1922, 163.

FOURNIER. — Traité de la syphilis. Paris, 1901.

FRANK. — Cité par Desnos. Assoc. franç. d'urolog., 1911.

- GROSGLICK. — Gumma der Prostata. *Wiener Med. Presse*, 1897.
- HAINES. — Syphilis of the prostate. *Journ. urolog.*, Baltimore, 1926, 471 à 476.
- HESSE. — Ein Fall von Syphilis der Prostata. *Dermatologische Wochenschr.*, 1913.
- JULLIEN. — Maladies vénériennes, 1886, p. 997.
- JUNGANO. — Cité par Desnos, Assoc. franç. d'urol., 1911.
- KOUDINTZEW. — Sur la syphilis de la prostate. *Vratchebnaia Gazeta*, 1909; *Semaine médicale*, n° 1, 1909.
- KOUDINTZEW et FRENKEL. — *Semaine médicale*, 1909.
- LANCEREAUX. — Traité de la Syphilis. Paris, 1873.
- LE FUR. — Syphilis de la prostate et de la vessie. Assoc. franç. d'urol., 1910; *La Presse médicale*, n° 83, 1910.
- LEGUÉU. — Traité clinique d'urologie.
- LUQUE. — Prostata sifilitica. *Rev. espan. de cir. y. urol.*, n° 10; 1929.
- MARIÓN. — Traité d'urologie, 1928.
- MAC DONAGH (J. E. K.). — Early syphilis of the prostate. *Brit. Med. Journ.*, London, 1922, 226.
- NOGUÈS. — Syphilome de la prostate. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, Paris, 1922, 135-137.
- PINI (G.). — Della sifilide della prostata. *Arch. ital. di dermat. et vénér.* vol. II, 1927.
- PICINELLI-BISSI. — Un caso di sifilide della prostata. *Rev. sud-améric. de endocrinol.*, 14-15 déc. 1931.
- PORTILLO. — La sifilis de la Prostata. *Rev. esp. de urol. y dermat.*, XIX, Madrid, 1917.
- POWER (D.). — System of Syphilis. London, 1908.
- RATTIER. — *Bulletin général de thérapeutique*, XI, 164, 1836.
- RAVOGLI. — Syphilis of the prostate. *Urologic and cutaneous Review*, 125, 1916.
- RELIQUET. — Œuvres complètes.
- RIBA. — Syphilis of prostate; report of case. *Am. Journ. Syphil.*, oct. 1928.
- RIBA. — Syphilis of prostate. *Illinois Med. Journ.*, sept. 1929.
- Traité complet des maladies vénériennes, pl. VIII, 1851.

- ROCHON. — Syphilis de la prostate. *Médecine moderne*, VIII, 244, 1897.
- RUSH. — *Journ. d'urol. méd. et chir.*, V, 1914.
- SALLERAS. — Sobre un caso de sífilis prostática contribucion clinica a su estudio. *Semana Médica*, Buenos-Aires, 1925, p. 405-457.
- SHESS. — *The urologic and cutaneous Review*, n° 9, 1920.
- STARRY. — Syphilis of the prostate. *Am. Journ. Syphil.*, 1924, 615 à 618, 5 pl.
- THOMPSON. — Syphilis of the prostate. *Am. Journ. Syphil.*, 1920, 323 à 341.
- ULRICH. — Un caso de sífilis de la prostata. *Rev. Assoc. med. Argent.*, Buenos-Aires, 1915, 504 à 509.
- VALERIO. — Sobre a Syphilis da prostata. *Arch. brasil de méd.*, mai 1923.
- WARTHIN. — A case of Syphilis of the prostate. *Am. Journ. Syphil.*, 1921, 409 à 413, 4 pl.
- WRIGHT. — Syphilis of the prostate; report of a case. *Urologic and cutaneous Review*, 1914, p. 84.
- WROEZYNSKI. — Cases of late syphilis. *Medycyna Warszawa*, 820, 1894.

